

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem

Médico-Cirúrgica

Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica

Relatório de Estágio

**A intervenção do enfermeiro na promoção da adaptação à
alopécia induzida por quimioterapia**

Rita Alexandra Seguro Carvalho

Lisboa

2019



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem
Médico-Cirúrgica
Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica
Relatório de Estágio


**A intervenção do enfermeiro na promoção da adaptação à
alopécia induzida por quimioterapia**

Rita Alexandra Seguro Carvalho

Orientadora: Professora Doutora Maria Alexandra Pinto Santos da
Costa

Lisboa
2019

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria de ser, mas graças a Deus, não sou o que era antes”.

Martin Luther King

AGRADECIMENTOS

À Senhora Professora Maria Alexandra Pinto Santos da Costa pela orientação, disponibilidade e incentivo para a realização deste projeto.

Às senhoras enfermeiras orientadoras, dos diferentes locais de estágio, pelo apoio, estímulo, orientação, ajuda e preocupação para que pudesse chegar ao objetivo a que me tinha proposto.

Às equipas de enfermagem que me acolheram, que partilharam as suas experiências e conhecimentos para que este projeto pudesse crescer.

Às pessoas de quem cuidei, que me falaram das suas vivências, do impacto da alopecia nas suas vidas e que se mostraram satisfeitas por alguém se debruçar sobre isso.

À minha família pelo apoio incondicional, por me perdoarem as ausências.

À C.O., à M.F. e à J.V. por me dizerem vezes sem conta que iria conseguir, mesmo nos dias em que tudo parecia tão difícil.

A ti, R.B., que dizias que eu era forte, que iria ultrapassar todas as dificuldades e que estarias cá para celebrar o meu sucesso. Foste embora sem ver o resultado final, mas sei que, estejas onde estiveres, estarás orgulhoso de mim.

SIGLAS E ABREVIATURAS

AIQ	- Alopecia induzida por quimioterapia
AAN	- Agentes antineoplásicos
CIPE	- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CNDO	- Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas
DGS	- Direção Geral de Saúde
EONS	- <i>European Oncology Nursing Society</i>
IARC	- <i>International Agency for Research on Cancer</i>
ICN	- <i>International Council of Nurses</i>
JBİ	- <i>Joanna Briggs Institute</i>
NCI	- <i>National Cancer Institute</i>
NCCN	- <i>National Comprehensive Cancer Network</i>
OE	- Ordem dos Enfermeiros
QT	- Quimioterapia
RB	- Referências Bibliográficas
WHO	- <i>World Health Organization</i>

RESUMO

A alopecia induzida por quimioterapia (AIQ) é a queda de cabelo, e de outros pelos corporais, consequente dos tratamentos antineoplásicos, que tem um impacto negativo nas pessoas, por comprometer o seu bem-estar, qualidade de vida e identidade. Adaptar-se a esta realidade é um objetivo das pessoas, que pode ser respondido por cuidados de enfermagem orientados segundo o Modelo de Adaptação de Callista Roy. Num serviço de Hematologia Clínica onde a maioria das pessoas internadas têm leucemias agudas ou linfomas agressivos, tratados com quimioterapia intensiva que causa a queda total do cabelo, a AIQ é um problema a que os enfermeiros têm de responder. Tendo refletido sobre a sua prática, os enfermeiros interrogaram-se “Quais as intervenções de enfermagem promotoras da adaptação da pessoa à alopecia induzida por quimioterapia?”, de forma a promover a adaptação destas pessoas através da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. Para tal, extraiu-se da evidência científica, utilizando a metodologia usada nos protocolos de revisão *scoping*, 51 intervenções que foram sujeitas a uma análise de conteúdo semântico e sintetizadas em 4 categorias: intervenções do âmbito da Avaliação, da Gestão e suporte, da Informação e educação, e da Referenciação, dando origem ao acrónimo AGIeR. Estas intervenções foram transferidas para uma grelha de observação, testada, que guiou a observação estruturada e participante de 15 consultas de enfermagem de primeira vez tendo-se analisado quais as práticas que estavam de acordo com a evidência identificada e encontrado 4 novas intervenções. Também a uma amostra de conveniência de 17 enfermeiros, com mais de 2 anos de experiência em oncologia, foi aplicado um questionário para identificar as intervenções usadas com estas pessoas, cujas respostas foram sujeitas a uma análise de conteúdo e encontradas 7 novas intervenções. Todas as intervenções identificadas foram incluídas numa lista provisória de 62 itens, que depois de transcritos para a linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) ficaram reduzidas a 53 intervenções. Este léxico foi validado, através da técnica de Delphi, por um painel de peritos, enfermeiros com mais de 10 anos de experiência em oncologia, tendo dado origem a uma lista final de 52 intervenções promotoras da adaptação à AIQ. Estas intervenções foram integradas num folheto informativo, num

procedimento setorial, no Programa de Cuidados Oncoestéticos “Bela-me-Quero”, num instrumento de avaliação do impacto da AIQ e na orientação do cuidar de doentes, como representado num estudo de caso, atividades estas descritas ao longo deste trabalho.

Palavras-chave: Doente oncológico; Alopecia induzida por quimioterapia (AIQ); Adaptação; Enfermagem.

ABSTRACT

Chemotherapy-induced alopecia (CIA) is hair loss and other body hair loss, as consequence of treatment with antineoplastic agents, which has a negative impact on people because it compromises their well-being, quality of life and identity. Adapting to this reality is a goal of people, which can be answered by nursing care oriented according to the Callista Roy Adaptation Model. In a Clinical Hematology ward, where most hospitalized people have acute leukemias or aggressive lymphomas use intensive chemotherapy with antineoplastic agents that cause total hair loss, CIA is a problem nurses have to respond to. Having reflected on their practice, the nurses asked themselves "Which nursing interventions promoting adaptation to chemotherapy-induced alopecia?" intending to promote the adaptation of these people by improving the quality of nursing care provided. For such, it extracted scientific evidence, with the methodology used in the scoping review protocols, 51 interventions were subjected to a semantic content analysis and summarized into 4 categories: interventions under Evaluation, Management and Support, Information and Education, and Referencing, giving rise to the portuguese acronym AGIeR. These interventions were move to a tested observation grid that guided structured and participant observation of 15 first-time nursing consultations, having analysed which practices were in accordance with the identified evidence and 4 news interventions were found. Also a convenience sample of 17 nurses with more than 2 years of experience in oncology was given a questionnaire to identify the interventions used with these people, whose responses were subjected to content analysis and found 7 news interventions. All interventions were included in a provisional list of 62 items, which after being transcribed into the language of International Classification for Nursing Practice (ICNP) were reduced to 53 interventions. This lexicon was validated by Delphi's technique by a panel of experts, nurses with more than 10 years of experience in oncology, resulting in a final list of 52 interventions promoting adaptation to chemotherapy-induced alopecia. These interventions were integrated into a package leaflet, a sectoral procedure, the "Bela-me-quero" Oncoesthetic Care Program, a CIA impact assessment tool and patient care guidance, as represented in the case study, activities are described throughout this work.

Keywords: Cancer patient; Chemotherapy induced Alopecia (CIA); Adaptation; Nursing.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	7
1.1. A pessoa com alopecia induzida por quimioterapia	7
1.2. A promoção da adaptação da pessoa à alopecia induzida por quimioterapia à luz do referencial teórico de Callista Roy	9
1.3. A intervenção do enfermeiro na promoção da adaptação da pessoa à alopecia induzida por quimioterapia	12
2. EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PREVISTAS	15
2.1. A metodologia na implementação do projeto	15
2.2. Atividades realizadas nos locais de estágio e competências desenvolvidas	18
2.2.1. Local de estágio A - Hospital de dia de oncologia privado	18
2.2.2. Local de estágio B - Hospital de dia hemato-oncológico de um centro hospitalar universitário	29
2.2.3. Local de estágio C - Serviço de internamento de hematologia clínica	36
3. AVALIAÇÃO	45
3.1. Pontos fortes, fracos e limitações na implementação do projeto	45
3.2. Contributos para a melhoria da qualidade de cuidados	46
CONCLUSÕES E TRABALHO FUTURO	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
APÊNDICES	
APÊNDICE I	- Questionário de sondagem de opinião à equipa de enfermagem
APÊNDICE II	- Tratamento de dados dos questionários da sondagem de opinião

APÊNDICE III	- Análise SWOT
APÊNDICE IV	- Cronograma de atividades
APÊNDICE V	- Planeamento das atividades
APÊNDICE VI	- Pesquisa bibliográfica utilizando a metodologia de revisão <i>scoping</i>
APÊNDICE VII	- Grelha de observação das consultas de enfermagem
APÊNDICE VIII	- Tratamento dos dados obtidos por observação das consultas de enfermagem (locais de estágio A e B)
APÊNDICE IX	- Questionário para enfermeiros com experiência em oncologia
APÊNDICE X	- Póster apresentado na reunião anual da Sociedade Portuguesa de Hematologia
APÊNDICE XI	- Autorização do Conselho de Administração da instituição para a implementação do projeto e divulgação dos dados
APÊNDICE XII	- Tratamento de dados dos questionários a enfermeiros com experiência em oncologia (locais de estágio A e B)
APÊNDICE XIII	- Lista provisória das intervenções promotoras da adaptação à AIQ identificadas através da evidência científica e dos pares
APÊNDICE XIV	- Léxico das intervenções promotoras da adaptação à AIQ identificadas na evidência científica traduzidas para a linguagem CIPE (versão 2015)
APÊNDICE XV	- Carta com pedido de colaboração enviada ao painel de peritos
APÊNDICE XVI	- Resultados da validação do painel de peritos
APÊNDICE XVII	- Lista final das intervenções de enfermagem promotoras da adaptação da pessoa à AIQ

- APÊNDICE XVIII - Fluxograma do processo de identificação e validação das intervenções de enfermagem promotoras da adaptação da pessoa à AIQ
- APÊNDICE XIX - Termómetro de avaliação do impacto da alopecia
- APÊNDICE XX - Folheto informativo “Bela-me-quero”
- APÊNDICE XXI - Proposta de procedimento setorial “Promoção da adaptação à alopecia induzida por quimioterapia”
- APÊNDICE XXII - Proposta do Programa de Cuidados Oncoestéticos “Bela-me-quero”
- APÊNDICE XXIII - Estudo de caso “Pessoa com neoplasia de células blásticas dendríticas plasmocitóides num serviço de hematologia”
- APÊNDICE XXIV - Cartaz de divulgação à população-alvo para a 1ª sessão coletiva do Programa de Cuidados Oncoestéticos “Bela-me-quero”
- APÊNDICE XXV - Diapositivos da 1ª sessão coletiva “Adaptação à alopecia” do Programa de Cuidados Oncoestéticos “Bela-me-quero”
- APÊNDICE XXVI - Diapositivos da sessão de formação à equipa de enfermagem no local de estágio C

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de intervenção de Enfermagem Oncológica surge o presente Relatório de Estágio com o objetivo de descrever criticamente o percurso desenvolvido ao longo da implementação do projeto intitulado “A intervenção do enfermeiro na promoção da adaptação à alopecia induzida por quimioterapia”.

Nos últimos anos tem-se verificado um aumento de 3% na incidência das doenças oncológicas em Portugal, tal como acontece no resto da Europa, o que se deve, não só ao envelhecimento da população, como ao aumento das taxas de sucesso no tratamento destas doenças e a modificações nos estilos de vida das pessoas, com um inerente aumento do consumo de agentes antineoplásicos (AAN)¹ (DGS, 2017). A acompanhar este aumento tem-se verificado um crescente número de opções terapêuticas para o controlo das doenças oncológicas em que a quimioterapia (QT)² continua a ser uma modalidade terapêutica muito utilizada. Este tipo de tratamento tem diversos efeitos secundários sendo a anemia, a trombocitopenia e a neutropenia, as náuseas e os vômitos, a astenia, a anorexia e a mucosite, a alopecia e a neuropatia periférica os mais frequentes (Cho et al., 2013; Kaur et al., 2018). Porém, a alopecia é descrita por vários autores como um dos efeitos secundários mais temido e traumático para a pessoa submetida a QT (Batchelor, 2001; Rosman, 2004; Lemieux, Maunsell & Provencher, 2008; Trueb, 2008; Erol, Can & Aydinler, 2011; Chon, Champion, Geddes & Rashid, 2012).

A alopecia induzida por quimioterapia (AIQ) pode causar alterações na autoimagem, baixa autoestima, diminuição da sensação de bem-estar, ansiedade e depressão (Hesketh et al., 2004). Estas alterações têm um impacto significativo na qualidade de vida da pessoa por causarem sofrimento emocional e problemas pessoais, sociais e profissionais (Can, Yildiz & EmelEmineÖzdemir, 2017 citando Hunt, 2005), sendo este impacto muito maior para a pessoa do que o esperado pelos

¹ Agente que bloqueia a formação de neoplasmas (NCI, 2018).

² Tratamento que usa drogas para impedir o crescimento de células cancerígenas, seja matando as células ou impedindo-as de se dividirem. A QT pode ser administrada por via oral, injeção ou infusão, ou na pele, dependendo do tipo e estadió do cancro a ser tratado. Pode ser administrado isoladamente ou com outros tratamentos, como cirurgia, radioterapia ou terapia biológica (NCI, 2018).

profissionais de saúde (Mulders, Vingerhorts & Breed, 2008). No estudo realizado por estes autores (Mulders et al., 2008), foi pedido a sobreviventes de cancro da mama, médicos e enfermeiros, que enumerassem os efeitos secundários da QT por ordem de importância, e a AIQ foi um dos itens subestimados por estes profissionais de saúde face à importância atribuída pelas pessoas com doença oncológica.

A evidência científica (Batchelor, 2001; Rosman, 2004; Hesketh et al., 2004; Lemieux et al., 2008; Trueb, 2008; Erol et al., 2011; Chon et al., 2012) descreve as consequências negativas deste efeito secundário e a importância do papel do enfermeiro para o minimizar, afirmando-se que os enfermeiros devem apoiar e fornecer orientações à pessoa para viverem este processo com menos sofrimento, angústia e isolamento social, isto é, promovendo a sua adaptação (Reis & Gradim, 2018; Roe, 2011; Hesketh et al., 2004). O conceito de adaptação é definido por Roy como um processo e resultado através do qual as pessoas integram nos seus processos mentais as alterações que podem decorrer, por exemplo, de uma doença, reportando-se ao uso da consciência e decisão (processo), para se integrarem, humana e ambientalmente (resultado) (Roy & Andrews, 2001). A adaptação é, tanto o processo de interação entre a pessoa e o mundo, como a adequação comportamental aos vários contextos humanos e ambientais que daí resulta (Roy & Andrews, 2001). Podemos dizer que a AIQ surge como um evento (negativo) com o qual a pessoa tem a necessidade de aprender a lidar, tentando restabelecer um equilíbrio entre o antes e o agora, entre si e o meio. Para tal, é necessário o desenvolvimento de estratégias que permitam o ajuste a esta nova realidade, pelo que o planeamento e execução deste projeto foi alicerçado no Modelo de Adaptação de Callista Roy (Roy & Andrews, 2001), dado que a doença oncológica, os tratamentos inerentes e seus efeitos secundários, onde a AIQ se inclui, geram estímulos internos e externos, que afetam a pessoa, e a sua família, que lhes respondem, tanto de modo adaptativo, como ineficaz. Neste sentido, o enfermeiro deverá identificar os estímulos que provocam um comportamento não adaptativo, levantar os diagnósticos de enfermagem e objetivos pretendidos, desenvolver intervenções de enfermagem direcionadas aos problemas identificadas e avaliar os resultados obtidos.

Num serviço de internamento de hematologia de um centro hospitalar de Lisboa (conexto profissional atual) a maioria das pessoas internadas têm o diagnóstico de leucemia aguda ou linfoma agressivo necessitando de realizar QT com AAN que

provocam a queda total do cabelo. Em reuniões na equipa e com a chefia do serviço para refletir sobre práticas de cuidados de enfermagem, que considerássemos menos satisfatórias, surgiu este tema. Para além disso, de forma a fundamentar a pertinência de um projeto nesta área, foi realizada uma sondagem de opinião à equipa de enfermagem do serviço, através de um questionário *online* enviado aos 43 enfermeiros do serviço pelo *link*: <https://pt.surveymonkey.com/r/NV3XVWW> (Apêndice I). Este questionário tinha uma primeira parte de 5 perguntas, 3 de resposta fechada e 2 de resposta aberta para colheita de dados sociodemográficos e uma segunda parte constituída por 4 perguntas, 3 de resposta fechada, para conhecer a opinião de cada elemento do grupo sobre, se: *Considera que intervém de forma a promover a adaptação da pessoa em risco ou com AIQ?*; *Considera pertinente um projeto de melhoria de cuidados perante a problemática da AIQ, junto da população a quem presta cuidados?* *Sente necessidade de aprofundar conhecimentos e desenvolver competências no âmbito das intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à AIQ?* e 1 pergunta de resposta aberta para *Comentários/Sugestões*. Dos 43 enfermeiros, 38 (88,4%) responderam ao questionário, que foi tratado com estatística descritiva, exceto a pergunta aberta 9, cujas respostas foram tratadas por análise de conteúdo (Bardin, 2016) (Apêndice II). Embora somente 11 (30,0%) enfermeiros considerassem que não “intervinham de forma a promover a adaptação da pessoa em risco ou com AIQ”, a totalidade dos enfermeiros que responderam ao questionário (38) referiram “sentir necessidade de aprofundar conhecimentos e desenvolver competências no âmbito das intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à AIQ” e o mesmo número (38) referiram sentirem “necessidade de aprofundar conhecimentos e desenvolver competências no âmbito das intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à AIQ” e consideraram pertinente um projeto de melhoria de cuidados na prestação de cuidados a esta população.

Contudo “a enfermagem é praticada em contextos reais, com dificuldades, possibilidades e recursos reais” (Benner, 2001, p.18) o que implicou a realização de uma análise SWOT (Apêndice III), na fase de planeamento e que incluiu a análise dos pontos fortes e fracos do projeto para que pudessem ser antecipadas as dificuldades e limitações futuras. A análise SWOT permitiu um planeamento estratégico, através da identificação das características do ambiente interno e externo que pudesse influenciar a implementação do projeto (Sotomayor, Rodrigues & Duarte, 2013).

Por todas estas razões surgiu este projeto de intervenção com a finalidade de *implementar um projeto de melhoria da qualidade de cuidados de enfermagem à pessoa em risco ou com AIQ, com resultados positivos para a população-alvo ao nível da sua adaptação, os profissionais e as instituições, permitindo também o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre em enfermagem oncológica*. Sendo o tema uma área de interesse pessoal e ainda pouco explorada a nível nacional e internacional, desenvolver um projeto de carácter inovador assumiu-se como um desafio motivante.

Inicialmente, de forma a identificar as intervenções de enfermagem promotoras da adaptação da pessoa à AIQ, foi realizada uma pesquisa bibliográfica utilizando a metodologia da revisão *scoping* (*The Joanna Briggs Institute*, 2015), seguida de observações estruturadas e participantes de consultas de enfermagem a pessoas em risco de AIQ, aplicados questionários a enfermeiros com experiência na área da oncologia, durante a realização de dois estágios em locais de referência a nível nacional de prestação de cuidados ao doente oncológico, e foi realizada a validação destas intervenções identificadas por um painel de peritos. Estas atividades permitiram dar resposta à questão de pesquisa “*Quais as intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à alopecia induzida por quimioterapia?*”. Após a identificação destas intervenções, foi elaborado um procedimento setorial, com o objetivo de uniformizar as práticas de cuidados de enfermagem à pessoa com doença oncológica submetida a QT, um programa de cuidados oncoestéticos com o objetivo de promover a sua adaptação a este efeito secundário, desenvolvidos durante a realização do terceiro estágio (local de intervenção profissional atual).

O desenvolvimento deste projeto pretendeu implementar uma mudança nas práticas e melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa em risco ou com AIQ. Esta implementação, de acordo com a metodologia de projeto, contribuiu para a “resolução de problemas e, através dela, adquirirem-se capacidades e competências” (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p. 3), ou seja, permitiu também o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista³ em Enfermagem médico-cirúrgica e de mestre, na área de intervenção, alicerçada no referencial teórico

³ Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) caracteriza o enfermeiro especialista como tendo “um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (OE, 2010, p.2).

de Patrícia Benner (2001), com o Modelo de Aquisição de Competências, no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista da OE (2010) e no perfil de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (OE, 2015), bem como *The EONS Cancer Nursing Education Framework* (EONS, 2018) e nos graus académicos e diplomas do ensino superior, em relação ao grau de Mestre (Decreto-Lei 107/2008).

Benner (2001) referiu que refletir sobre o conhecimento clínico através de narrativas de aprendizagem experiencial permite dar visibilidade a essas mesmas aprendizagens. Assim, a elaboração deste relatório teve como objetivos: descrever as atividades realizadas na operacionalização do projeto de intervenção; refletir sobre os conhecimentos adquiridos e as aprendizagens efetuadas; analisar as competências desenvolvidas com a implementação deste projeto; e refletir sobre os contributos do projeto para a melhoria de qualidade dos cuidados de enfermagem.

Espelhando o cumprimento destes objetivos, o presente relatório encontra-se organizado em 3 capítulos: o primeiro em que é realizado um enquadramento teórico que nos dá a conhecer os problemas das pessoas com alopecia, a necessidade que têm de se adaptar a esta situação e como o enfermeiro pode intervir para promover essa adaptação, pensada segundo o referencial teórico de Callista Roy. No segundo capítulo são descritos os objetivos, e feita uma análise das atividades realizadas e dos resultados obtidos em cada local de estágio, associadas às competências desenvolvidas com as mesmas. O terceiro capítulo é dedicado à avaliação dos pontos fortes, fracos e limitações do projeto, deixando-se o quarto capítulo para a conclusão onde se analisam os contributos do projeto para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, assim como se procede à síntese do trabalho desenvolvido, se identificam as principais conclusões, bem como se perspetivam os desenvolvimentos futuros do projeto e os desafios que irão emergir a partir dele.

Este documento foi redigido de acordo com o novo acordo ortográfico e formatado conforme as normas APA.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. A pessoa com alopecia induzida por quimioterapia

A alopecia consiste na ausência, rarefação ou queda, transitória ou definitiva, dos cabelos ou dos pelos, com expressão local, regional ou total (Dicionário Infopédia de Termos Médicos, 2019), sendo um “transtorno caracterizado por uma diminuição na densidade do cabelo comparado ao normal para um determinado indivíduo em uma determinada idade e localização do corpo” (*National Cancer Institute*, 2017 p.142).

O cabelo é um apêndice do sistema tegumentar com diversas funções essenciais, como a termorregulação e proteção. Os folículos capilares são os órgãos que produzem o eixo do cabelo, num ciclo que se divide em quatro fases principais: a anagénese, que é a fase de crescimento ativo; a catagénese, a fase de regressão do folículo durante a qual o epitélio da parte inferior se desintegra e a base do folículo aflora; a telogénese, a fase de redução na atividade proliferativa da matriz do folículo; no final, na exogénese, os cabelos soltam-se e caem (Dunnill, Al-Tameemi, Collett, Haslam & Georgopoulos, 2017).

Os AAN utilizados nos tratamentos de QT induzem a apoptose das células, principalmente nas células malignas, por se replicarem mais rapidamente, mas também nas células saudáveis, como os queratinócitos, podendo causar alterações nos leitos ungueais, na pele e a alopecia (Dunnill et al., 2017). Os AAN que atuam na fase S do ciclo celular, como as antraciclinas (doxorubicina, idarrubicina, epirubicina, daunorubicina), os agentes alquilantes (ciclofosfamida e ifosfamida, ou cisplatina, carboplatina e oxaliplatina) e os que atuam na fase mitótica, como os taxanos (docetaxel e paclitaxel) ou os alcalóides da vinca (por exemplo, a vinorelbina e a vincristina) são os que causam frequentemente a alopecia (Dunnill et al., 2017).

A alopecia ocorre duas a três semanas após o início da QT e a sua extensão depende do AAN utilizado, da sua dose, da via de administração e da associação dos mesmos. (McGarvey, Baum, Pinkerton & Rogers, 2010; Chon et al., 2012; Can et al., 2017; Rubio-Gonzalez, Juhász, Fortman & Mesinkovska, 2018). A extensão da AIQ pode ser classificada pela escala da *Common Terminology Criteria for Adverse*

Events, 5ª versão do *National Cancer Institute* (NCI, 2017) em dois graus: no grau 1, existe uma queda de cabelo inferior a 50% do padrão normal para aquela pessoa, não sendo óbvia à distância, mas somente à observação próxima; e o grau 2, em que há uma perda de cabelo igual ou superior a 50% do padrão normal da pessoa, sendo visível para os outros e estando associada a um impacto psicossocial, podendo ser necessário uma prótese capilar. Esta escala é utilizada nos contextos práticos, mas não está traduzida, nem validada para português. Uma escala mais antiga, elaborada pela *World Health Organization* (WHO, 1979), continua a ser também amplamente utilizada na atualidade, classificando a AIQ em quatro graus: 0 – sem alterações; 1 – queda de cabelo mínima; 2 – alopecia moderada, irregular; 3 – alopecia completa, mas reversível; e 4 – alopecia irreversível. Outra escala utilizada é a *Dean's Alopecia Scale for Hair Loss*, que classifica a alopecia também em quatro graus: 0 – sem queda de cabelo; 1 – até 25% de queda de cabelo; 2 – de 25 a 50%; 3 – de 51 a 75%; e grau 4 – mais de 75% de perda de cabelo (Rubio-Gonzalez et al., 2018 citando Dean et al., 1979). Ao longo deste trabalho optou-se por utilizar a escala da NCI (2017) por avaliar, não somente a quantidade de cabelo perdido, mas também o impacto que AIQ pode ter na vida da pessoa.

A queda do cabelo provoca alterações da autoimagem podendo causar ansiedade, depressão, baixa autoestima e diminuição do bem-estar (Hesketh et al., 2004), com consequentes problemas pessoais, sociais e profissionais, e desta forma ter um efeito negativo na qualidade de vida da pessoa (Can et al., 2017 citando Hunt, 2005). Para além disso, a queda do cabelo, sendo visível, mostra aos outros que a pessoa está doente estando, na maioria das vezes, conectada à doença oncológica e à morte (Hesketh et al., 2004; Rosman, 2004). Diversos autores descrevem a AIQ como um dos efeitos secundários mais temido e traumático para a pessoa (Batchelor, 2001; Rosman, 2004; Lemieux et al., 2008; Trueb, 2008; Erol et al., 2011; Chon et al., 2012) e, embora não seja um efeito secundário que coloque em risco a vida das pessoas, o sofrimento emocional que causa pode alterar a sua adesão aos tratamentos, a sua estabilidade psicológica e atividade social, bem como a produtividade e a satisfação pessoal (Chon et al., 2012).

Assim, a AIQ surge como um efeito negativo decorrente dos tratamentos com AAN, em que a pessoa tem a necessidade de aprender a lidar com alterações a diversos níveis, na tentativa de restabelecer um equilíbrio entre o antes e o agora,

entre si e o meio (Dias, Andrade, Santos, Oliveira & Rodrigues, 2015). Para tal, são necessárias estratégias que permitam o ajuste à nova realidade, que possibilitem que a pessoa possa lidar com esta alteração. Neste âmbito surge o conceito de estratégias de adaptação, conhecidas por estratégias de *coping*, que são o conjunto de esforços cognitivos e comportamentais que permitem gerir as exigências específicas, internas ou externas, que são percecionadas como negativas ou como estando para além dos recursos da pessoa (Varela & Leal, 2007 citando Lazarus & Folkman, 1984). Estes autores identificaram duas funções do *coping*: uma orientada para o controlo das emoções, quando não se pode alterar a situação, procurando diminuir o desconforto emocional e o sofrimento, muitas vezes recorrendo à fuga, ao distanciamento ou à desvalorização da situação; e outra que permite a resolução do problema, em que a pessoa se centra na sua análise, cria soluções, avalia as vantagens e desvantagens e escolhe a melhor estratégia. Contudo, convém lembrar que não existem estratégias adequadas ou inadequadas, devendo sim existir um equilíbrio entre o desconforto gerado e a resolução do problema, que integre os valores, objetivos, convicções e estratégias de cada pessoa (Varela & Leal, 2007 citando Lazarus & Folkman, 1984).

Num estudo qualitativo exploratório realizado por Frith, Harcourt & Fussell (2007), com o objetivo de identificar a experiência dos participantes na preparação para os efeitos adversos da QT, feito a 19 mulheres, os autores concluíram que estas usavam algumas estratégias para enfrentar a AIQ, tais como antecipar a queda do cabelo, enfrentar a inevitabilidade da alopecia, prepararem-se para esse acontecimento e assumir o controlo da situação. Estas estratégias de *coping* antecipatório são vistas como um ensaio comportamental e emocional utilizado para melhorar a sensação de controlo e adaptação à situação (Borsellino & Young, 2010).

1.2. A promoção da adaptação da pessoa à alopecia induzida por quimioterapia à luz do referencial teórico de Callista Roy

As alterações da autoimagem provocadas pela AIQ podem causar diversos estímulos, internos e externos, que afetam a qualidade de vida da pessoa e da sua família (Can et al., 2017 citando Hunt, 2005). Estes estímulos exigem uma resposta, sob a forma de comportamento, que tanto poderá ser adaptativo, como ineficaz.

O referencial teórico de Callista Roy com o seu Modelo de Adaptação (Roy & Andrews, 2001) faz todo o sentido no contexto da doença hemato-oncológica, e perante o problema da AIQ. Neste modelo teórico, os metaparadigmas são, a pessoa, como a recetora de cuidados de enfermagem, vista como um sistema adaptativo; o ambiente, que inclui as condições, circunstâncias e influências que circundam e afetam o desenvolvimento e comportamento das pessoas e famílias; a saúde, um estado e um processo de ser e de se tornar uma pessoa total e integrada, expresso pela capacidade de preencher as metas de sobrevivência, crescimento, reprodução e domínio; e a enfermagem, com o objetivo de reduzir as respostas ineficazes da pessoa e promover respostas adaptativas.

No Modelo de Adaptação de Callista Roy (Roy & Andrews, 2001) a pessoa é vista como um sistema adaptativo, sujeita a estímulos⁴ internos e externos. Estes estímulos podem ser: focais, quando dizem respeito ao problema central que causa mudanças na pessoa; contextuais, outros estímulos internos ou externos evidentes na situação; e residuais, relevantes para a situação, mas cujos efeitos não são muito claros podendo não ser mensuráveis. A pessoa enquanto sistema adaptativo é um sistema vivo em constante interação com o ambiente, em que nesta interação existe uma troca de informação, matéria e energia. É um sistema com entradas e saídas, em que as entradas são os estímulos e as saídas são as respostas ou comportamentos. Ao processar as entradas mediante mecanismos de adaptação⁵, que são exclusivos e únicos de cada pessoa, esta cria uma resposta, o comportamento, que pode ser adaptativo ou ineficaz, podendo estar em constante mudança. Roy e Andrews (2001) definiram adaptação como um processo e resultado através do qual as pessoas pensantes e sensíveis, enquanto indivíduos ou em grupo, utilizam a consciência e a escolha para criar a integração humana e ambiental.

No modelo teórico de enfermagem defendido por estas autoras (Roy & Andrews, 2001) são descritos quatro modos adaptativos, que remetem para as quatro principais categorias de respostas das pessoas, que permitem enquadrar a problemática da adaptação da pessoa à AIQ. O modo fisiológico é a forma como o ser físico da pessoa responde aos estímulos do ambiente pelo que o comportamento neste modo é a manifestação das atividades fisiológicas de todas as células, tecidos, órgãos e

⁴ Estimulos são aquilo que provoca a resposta (Roy & Andrews, 2001).

⁵ São modos inatos ou adquiridos de responder à mudança do ambiente (Roy & Andrews, 2001).

sistemas que compreendem o corpo humano. O modo de autoconceito remete para a necessidade de integridade psíquica, formada a partir das percepções internas e dos outros, através do conjunto de crenças e sentimentos que a pessoa tem sobre si mesma e em relação aos outros, numa determinada altura. O modo de função de papel remete para a integridade social e os papéis que a pessoa ocupa na sociedade, bem como a necessidade de saber quem se é em relação aos outros. Por fim, o modo de interdependência pretende dar resposta à necessidade básica de dar e receber amor, respeito e valor, através da adequação emocional.

Perante o possível impacto da AIQ, todos estes quatro modos exigem da pessoa respostas adaptativas, isto é, que promovam a integridade dos sistemas humanos em termos dos seus objetivos (Roy & Andrews, 2001) para que a pessoa se possa sentir integrada e preencher as suas metas de vida.

Desenvolver cuidados de enfermagem que promovam a adaptação à AIQ, segundo o Modelo de Adaptação de Callista Roy (Roy & Andrews, 2001), implica um processo de enfermagem em seis etapas: a avaliação do comportamento, com a recolha de dados sobre o comportamento da pessoa e o estado atual de adaptação; a avaliação dos estímulos que afetam a adaptação da pessoa; o levantamento dos diagnósticos de enfermagem, que resultam do processo de avaliação dos comportamentos e dos estímulos que afetam a pessoa, identificando-se os problemas de adaptação que a pessoa e família apresentam; o estabelecimento de objetivos em que se determina, de forma clara, os resultados comportamentais da pessoa que se pretendem atingir através dos cuidados de enfermagem; as intervenções de enfermagem delineadas e implementadas tendo em vista a adaptação da pessoa através da gestão dos estímulos presentes, desenvolvendo mecanismos de adaptação de forma a obterem-se comportamentos adaptativos, que neste caso poderão ser intervenções de gestão e suporte, informação e educação, e de referenciação; e por fim, a avaliação que é a apreciação da eficácia das intervenções de enfermagem em relação ao comportamento da pessoa.

1.3. A intervenção do enfermeiro na promoção da adaptação da pessoa à alopecia induzida por quimioterapia

A AIQ gera diversos estímulos, internos e externos, que exigem da pessoa uma resposta, sob a forma de comportamento, para aprender a lidar e a integrar as mudanças que advém da sua nova condição de saúde. Neste sentido, as intervenções de enfermagem que promovem a adaptação a esta situação são aquelas que ajudam a pessoa a enfrentar esta alteração da imagem corporal e as suas consequências. Promover, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE (*International Council of Nurses - ICN*, 2015, p.119) é “assistir: ajudar alguém a começa ou a progredir nalguma coisa”. A OE (2001, p.11) também refere que as intervenções de enfermagem devem procurar “prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores”, neste caso procurando a adaptação da pessoa à AIQ e diminuindo o impacto desta nova condição nas diferentes dimensões da vida da pessoa (Cho et al., 2013; Zannini, Verderame, Cucchiara, Zinna, Alba & Ferrara, 2012; Borselino & Young, 2010; Hesketh et al., 2004).

Várias são as intervenções que a evidência científica nos relata sobre o desenvolvimento de estratégias que promovem a adaptação da pessoa em risco ou com AIQ, como as que devem permitir avaliar o significado e impacto da AIQ na qualidade de vida das pessoas (Choi et al., 2014; Cho et al., 2013; Zaninni et al., 2012; Borselino et al., 2010; Hesketh et al., 2004) explorar os sentimentos e emoções (Batchelor, 2001) e o risco de alterações psicossociais, de isolamento social e de alterações na sexualidade (Choi et al., 2014; Cho et al., 2013; Batchelor, 2001). Para além disso, intervenções do âmbito da gestão e suporte como promover o autocuidado (Dougherty, 2007), preparar a pessoa para a AIQ (Frith et al., 2007), aconselhar sobre o corte do cabelo (Zaninni et al., 2012; Frith et al., 2007; Hesketh et al., 2004; Batchelor, 2001) e sobre os dispositivos de reabilitação da imagem (Amiel et al., 2009; Frith et al., 2007; Dougherty, 2007; Hesketh et al., 2004) podem melhorar a adaptação da pessoa à AIQ. Intimamente ligadas a estas, as intervenções do âmbito da informação e educação têm um papel fundamental neste processo, tais como informar

a pessoa sobre os dispositivos de reabilitação da imagem existentes (Zaninni et al., 2012; Borselino et al., 2010; Taggart et al., 2009; Nolte et al., 2006; Batchelor, 2001), assim como a causa, o grau expectável, o período e locais onde ocorrerá (Nolte et al., 2006; Batchelor, 2001) e sobre as medidas de proteção e de cuidados à pele e couro cabeludo (Dougherty, 2007; Batchelor, 2001). Para além disso, intervenções do âmbito da referenciação que permitem encaminhar as pessoas em risco ou com AIQ para cabeleireiros e salões de beleza (Zaninni et al., 2012), profissionais especializados e consultas de apoio psicológico (Dougherty, 2007) ou sistemas de apoio social e financeiro (Batchelor, 2001) permitirão promover a adaptação destas pessoas.

2. EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PREVISTAS

Neste capítulo pretende-se descrever o percurso realizado durante a implementação deste projeto, descrevendo e analisando-se detalhadamente as atividades realizadas para darem resposta aos objetivos específicos delineados e os resultados alcançados, refletidos e analisados à luz da evidência científica encontrada e do referencial teórico de enfermagem que sustentou o projeto. Para além disso, serão nomeadas e justificadas as competências de enfermeiro especialista e de mestre desenvolvidas durante a implementação deste projeto. Porém, estes temas são iniciados pela apresentação da metodologia utilizada neste projeto.

2.1. A metodologia na implementação do projeto

Um projeto é “um plano de trabalho organizado para estudar e resolver um problema que preocupa os intervenientes.” (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p.4), com uma fase de planeamento prévia, pensada ao pormenor, de forma a atingir-se os objetivos traçados com êxito. Neste sentido foi sugerido que se identificasse na prática profissional um problema atual e que se desenhasse um plano de resolução do mesmo, através da elaboração de um projeto que fosse implementado no contexto profissional de atuação. O tema da AIQ surgiu após reflexão da prática no meu contexto de trabalho, verificando-se um défice da intervenção de enfermagem perante estas pessoas comparando com o que a evidência científica descrevia sobre o impacto deste efeito secundário e a importância dado ao mesmo, na ação dos enfermeiros. Também diversos autores afirmaram que os enfermeiros deviam atender a este efeito adverso da QT, apoiando e fornecendo orientações para a vivência deste processo com menos sofrimento, angústia e isolamento social (Reis & Gradim, 2018; Roe, 2011; Hesketh et al., 2004). A validação do projeto foi feita pela enfermeira responsável do serviço e pelos resultados da sondagem de opinião à equipa de enfermagem.

Para dar resposta ao problema identificado e às necessidades da equipa foi utilizada a metodologia de projeto, por se centrar “num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução” (Ruivo et al., 2010, p.2), fundamentadas na evidência e integradas num plano de trabalho que reuniu um conjunto de técnicas e procedimentos que anteciparam, orientaram e prepararam o caminho a percorrer. Foram assim definidas as ações a serem desenvolvidas, bem como, o quando e como da sua realização de forma a alcançar a resolução do problema identificado. Sendo, contudo, um processo flexível e dinâmico que “não se baseia apenas numa investigação sustentada de determinado problema, mas sim na tentativa de intervenção, baseada em alicerces fundamentais, para a resolução eficaz desse mesmo problema” (Ruivo et al., 2010, p. 4).

Assim, este trabalho de projeto pretendeu ser isso mesmo, a investigação de um problema iniciada com a pesquisa da evidência científica existente sobre a problemática, recorrendo à metodologia da revisão *scoping*, que permitiu mapear a evidência disponível sobre a área em estudo, mas também identificar as práticas existentes nos vários contextos de estágio, através da observação participante em consultas de enfermagem em 2 hospitais de dia de hemato-oncologia, de questionários feitos a enfermeiros com mais de 2 anos de experiência na área da oncologia, e da validação final dos resultados encontrados por um painel de peritos. Com as intervenções identificadas e validadas foram definidas estratégias e intervenções eficazes para a resolução do problema e para a melhoria da qualidade dos cuidados. Para além disso, a utilização da metodologia de projeto assumiu um papel indispensável no desenvolvimento de competências especializadas relativas a um campo de intervenção, envolvendo também “as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e (...) a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem” (OE, 2010, p.2). Este projeto permitiu também desenvolver competências de mestre ao se demonstrar conhecimentos e capacidades de compreensão, aprofundamento dos conhecimentos obtidos no 1º ciclo de estudos e desenvolver conhecimentos e capacidades de compreensão e resolução de problemas de novas situações, em contextos alargados e multidisciplinares (Decreto-Lei 107/2008).

Para além da finalidade do projeto estabelecida na introdução, foram também definidos dois objetivos gerais:

- *Aprofundar conhecimentos sobre as intervenções de enfermagem que promovem a adaptação da pessoa à AIQ, de forma a permitir o desenvolvimento de competências técnico-científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados a esta população;*
- *Promover a melhoria da qualidade de cuidados de enfermagem à pessoa com doença hemato-oncológica em risco ou com AIQ, avaliando o seu impacto nas diversas dimensões da pessoa e planeando os cuidados que promovam a adaptação a este efeito secundário, capacitando a equipa de enfermagem para executar essas intervenções.*

Para atingir os objetivos gerais definidos, e dado que a implementação de um projeto implica a recolha de informação que dê resposta ao problema identificado “baseado em evidências, os profissionais precisam extrair e integrar múltiplas fontes de conhecimento” (Rycroft-Malone et al., 2004, p.83), tendo sido necessário procurar e aprofundar o conhecimento que desse resposta à questão de investigação. Estes autores fazem referência a quatro fontes diferentes de evidência disponível para uso na prática clínica: a pesquisa, a experiência clínica, os clientes e cuidadores, e o contexto e ambiente. Deste modo, foram realizados estágios em três contextos clínicos diferentes que deram resposta aos critérios de seleção previamente estabelecidos, como a amostra significativa da população-alvo, a existência de peritos na área de intervenção, o consentimento e a disponibilidade para a realização das atividades planeadas. Selecionar contextos clínicos distintos permitiu conhecer práticas diferentes, partilhar e aprofundar experiências e conhecimentos. Benner considera que “as práticas crescem através da aprendizagem experiencial e através da transmissão dessa aprendizagem nos contextos de cuidados” (Benner, 2001, p.12).

2.2. Atividades realizadas nos locais de estágio e competências desenvolvidas

Neste subcapítulo descreve-se o desenvolvimento das diversas etapas da implementação deste projeto, que ocorreu durante 18 semanas, de 24 de setembro de 2018 a 8 de fevereiro de 2019, seguido de um período de finalização da redação do presente relatório (Apêndice IV).

Para cada local de estágio foram realizados contatos prévios com os enfermeiros responsáveis de cada serviço, de forma a verificar as condições de execução das diversas atividades do projeto nestes contextos, tendo sido delineados os objetivos e atividades, bem como os resultados a obter e as competências a desenvolver em cada contexto clínico (Apêndice V).

Nos 3 locais de estágio, o projeto foi bem aceite e reforçada a sua pertinência e inovação para a melhoria dos cuidados de enfermagem.

2.2.1. Local de estágio A - Hospital de dia de oncologia privado

O primeiro estágio (estágio A) decorreu num hospital de dia de oncologia privado, entre 24 de setembro e 2 de novembro de 2018, num total de 128 horas de duração (16 turnos), tendo sido orientado por uma enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica. O objetivo geral deste estágio era *aprofundar conhecimentos sobre as intervenções de enfermagem que promovem a adaptação da pessoa à AIQ, de forma a permitir o desenvolvimento de competências técnico-científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados a esta população.*

Para concretizar este objetivo geral foram definidos cinco objetivos específicos sendo o primeiro *dar a conhecer à equipa de enfermagem os objetivos e as atividades para a implementação do projeto*, de forma a possibilitar a colaboração da equipa de enfermagem no projeto e facilitar o processo de aprendizagem. Previamente foi realizada uma reunião com a enfermeira chefe do serviço e orientadora do estágio de forma a verificar a exequibilidade das atividades planeadas, o que se confirmou. A apresentação do projeto foi realizada de forma individual, em momentos de partilha e

discussão das práticas com os diferentes elementos da equipa de enfermagem, que consideraram de grande pertinência e utilidade prática este projeto.

O segundo objetivo específico foi *conhecer a estrutura organizacional e o funcionamento do contexto clínico, de forma a promover a integração na equipa multidisciplinar do serviço*. Para tal, foram observadas as práticas, colocadas várias questões aos diversos elementos da equipa multidisciplinar e consultados manuais, procedimentos e projetos do serviço. Para analisar a estrutura e os procedimentos usaram-se as recomendações da Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas (CNDO) sobre os requisitos necessários para a prestação de cuidados em oncologia, uma vez que este documento “pretende estabelecer a matriz de avaliação das instituições e serviços que prestam cuidados a doentes oncológicos” (CNDO, 2009, p. 3). Assim, este serviço encontra-se integrado num instituto de oncologia privado que se assume como uma rede de referência nacional na prevenção, diagnóstico e tratamento da doença hemato-oncológica, assente em três pilares: uma oferta completa, multidisciplinar, especializada e articulada de serviços clínicos e complementares, para satisfazer em pleno todas as necessidades da pessoa com uma doença oncológica; a humanização dos cuidados prestados, centrados na pessoa e nos seus familiares e cuidadores; e uma aposta permanente na inovação, investigação e formação. De acordo com os requisitos gerais referidos pela CNDO (2009), verifica-se a existência de reuniões de orientação multidisciplinar onde é estabelecido o planeamento terapêutico para cada pessoa; são adotados protocolos terapêuticos nacionais e internacionais⁶; é garantida a continuidade de cuidados à pessoa, particularmente quando necessitam de tratamento em cuidados intensivos, com neutropénia febril, com necessidade de suporte transfusional, de atendimento não programado, de cuidados psico-oncológicos, de cuidados de reabilitação estética e funcional, e com necessidade de cuidados paliativos; e a existência de uma articulação com o serviço de diagnóstico anatomo-patológico e com o Registo Oncológico Regional.

Este hospital de dia funciona de 2^a a 6^a feira das 8h às 20h e aos sábados das 9h às 13h, tendo disponível também um atendimento telefónico 24h por dia

⁶ Por exemplo, protocolos validados, pela Sociedade Portuguesa de Oncologia, pela *European Society for Medical Oncology* e pela *American Society of Clinical Oncology*.

(assegurado pela equipa do atendimento permanente fora do horário de funcionamento).

A equipa de enfermagem do hospital de dia é constituída por 8 enfermeiros com experiência na área da prestação de cuidados ao doente hemato-oncológico, coordenada por uma enfermeira chefe. As pessoas seguidas em consulta de especialidade de oncologia ou hematologia (e também alguns casos pela neurologia), com suspeita ou confirmação de diagnóstico, que necessitem de tratamentos curativos, de manutenção ou paliativos de QT, são assistidos neste serviço. Fisicamente, está dotado de 6 cadeirões para realização de tratamentos, 2 cadeirões para colheita de sangue, 4 camas e 2 gabinetes de consulta. Segundo dados disponibilizados pelo serviço, são acolhidos 16 novos doentes por mês, em média, e realizadas cerca de 1200 ciclos de QT (dados de julho de 2018 cedidos pelo serviço).

O acolhimento à pessoa e sua família é realizada numa primeira consulta de enfermagem em que é apresentada a equipa multidisciplinar e as possíveis articulações com diversas especialidades, em caso de necessidade; é explicado o tratamento prescrito e entregue um folheto informativo sobre o mesmo⁷ (constituição; periodicidade; duração; efeitos secundários, nomeadamente em relação à AIQ; e cuidados a ter). Esta consulta é realizada num gabinete, de forma a garantir a privacidade, intimidade e confidencialidade como previsto no Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2015), bem como o sigilo relativo à colheita de dados realizada, pois são recolhidas informações sobre a pessoa e família, de acordo com um instrumento de avaliação protocolado no serviço, e posteriormente transcrita para o aplicativo informático de registos, onde são também levantados os diagnósticos e definidas as intervenções de enfermagem.

Relativamente à AIQ, este efeito secundário é abordado nas consultas de enfermagem de primeira vez, sendo entregue à pessoa um folheto informativo dos locais a que pode recorrer para adquirir dispositivos de reabilitação da imagem (como próteses capilares, lenços, turbantes) e informa-se a pessoa sobre uma parceria existente entre o hospital e um gabinete de tratamento da imagem, onde uma cabeleireira/esteticista aconselha sobre algumas formas para que a pessoa consiga enfrentar a perda do cabelo e/ou as alterações no aspeto global da sua pele, causadas pelo tratamento de QT, tal como recomendado por vários autores (Hesketh et al.,

⁷ Folhetos informativos criados pela equipa de enfermagem sobre cada protocolo terapêutico.

2004; Dougherty, 2007; McGarvey et al., 2010; Zaninni et al., 2012). Este folheto apresentava-se desatualizado e não possuía informações sobre os cuidados a ter antes, durante e após a AIQ, pelo que ficou o compromisso de elaborar um guia com estes aspetos, o que será cumprido no final deste percurso académico.

Verificou-se que no serviço existe um aparelho de arrefecimento do couro cabeludo para prevenção da AIQ, estando disponível somente para as pessoas em tratamento neoadjuvante de cancro da mama, com protocolo terapêutico de quatro ciclos de adramicina e ciclofosfamida⁸. Esta técnica não foi alvo de análise nem de intervenção, dado que o objetivo do projeto não era prevenir a AIQ mas sim promover a adaptação da pessoa à mesma, e também devido ao facto de no local de implementação do projeto não ser possível utilizar esta técnica pois, atendendo aos diagnósticos da população-alvo, os AAN utilizados, a periodicidade e a duração dos tratamentos, não existe indicação para a sua utilização. Verificou-se também que só nas pessoas que utilizavam esta técnica, era realizado o registo informatizado da ocorrência ou não da AIQ, sendo levantado o foco de enfermagem “alopecia presente”, caso esta ocorresse, e a intervenção “monitorizar o grau de alopecia” através do uso da escala de avaliação definida pela *World Health Organization* em 1979⁹. Nos registos de enfermagem das restantes pessoas em risco ou com AIQ não era feita referência a este diagnóstico nem às intervenções realizadas, aspeto este que permitiu refletir sobre a importância e conteúdo dos registos de enfermagem dado que “são elementos importantes (...), a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente” (OE, 2001, p.18).

O terceiro objetivo específico foi *identificar a evidência científica sobre as intervenções de enfermagem adequadas para promover a adaptação da pessoa em risco ou com AIQ, referidas na literatura científica*. Para isso foi finalizada a extração de dados dos artigos identificados através da pesquisa bibliográfica utilizando a

⁸ Até ao momento no serviço só estava protocolado a realização do arrefecimento do couro cabeludo nestes casos, por não existir evidência científica disponível sobre a eficácia em outros protocolos terapêuticos, com diferentes AAN, periodicidade e duração dos tratamentos;

⁹ Nesta escala a AIQ é classificada em 4 graus: 0 – perda de cabelo insignificante; 1 – pequena perda de cabelo, não requer uso de cabeleira; 2 – moderada perda de cabelo, mas não requer uso de cabeleira; 3 – elevada perda de cabelo que requer uso de cabeleira; 4 – alopecia total (*World Health Organization*, 1979)

metodologia de revisão *scoping* (Apêndice VI). Uma revisão sistemática tipo *scoping* é um método que permite identificar a evidência científica existente sobre uma área temática em termos de volume, natureza e características da investigação primária existente (Arksey & O'Malley, 2005) sendo “indispensável não somente para definir bem o problema, mas também para ter uma ideia precisa sobre o estado atual dos conhecimentos sobre um dado tema, as suas lacunas e a contribuição da investigação para o desenvolvimento do saber” (Fortin, Côté & Fillion, 2009, p.86 citando Burns & Grove, 2003). A extração de dados dos 13 artigos incluídos na pesquisa bibliográfica permitiu identificar quatro áreas temáticas de intervenções promotoras da adaptação da pessoa à AIQ: intervenções do âmbito da Avaliação; de Gestão e suporte; de Informação e educação; e de Referenciação, tendo sido construído o acrónimo AGleR. Para cada uma destas áreas temáticas foram identificadas as intervenções sugeridas pelos diversos autores (as unidades de registo) e categorizadas¹⁰, através de análise de conteúdo, em 51 classes analógicas, de acordo com o significado e objetivo da intervenção (ver Apêndice III do Apêndice VI).

Segundo Rycroft-Malone et al. (2004) a evidência adquirida através da pesquisa, tal como realizada na referida revisão, é uma fonte de informação que deverá sustentar a tomada de decisão dos profissionais de saúde. Assim, as intervenções identificadas nesta pesquisa permitiram orientar as atividades executadas no projeto, relacionando o saber prático com o científico para o desenvolvimento de uma disciplina (Benner, 2001). Esta atividade permitiu o desenvolvimento de várias competências tais como basear a práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (OE, 2010), utilizar a pesquisa e evidências no tratamento do cancro (EONS, 2018) e possuir conhecimentos e capacidades de compreensão, desenvolvendo e aprofundando conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, e que permitam e constituam uma base de desenvolvimento e aplicações originais, por exemplo em contexto de investigação (Decreto-Lei 107/2008).

Em seguida, o quarto objetivo específico foi *identificar as intervenções de enfermagem perante a pessoa com AIQ, através da observação estruturada e*

¹⁰ “A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento segundo o género (analogia), com critérios previamente definidos” (Bardin, 2016, p.147). Segundo este mesmo autor, as categorias são classes que reúnem vários elementos, as unidades de registo, em um conjunto que têm características comuns, reagrupadas num mesmo grupo. Os critérios de categorização podem ser semânticos (com o mesmo significado), sintáticos (de acordo com os verbos ou adjetivos utilizados), léxicos (com sinónimos ou sentidos próximos) ou expressivos (com expressões semelhantes) (Bardin, 2016).

participante de consultas de enfermagem e de dados obtidos por questionários aplicados aos enfermeiros com experiência na área.

A observação “constitui frequentemente o meio privilegiado de medir comportamentos humanos ou acontecimentos” (Fortin et al., 2009, p. 371), implicando a observação estruturada um plano bem determinado através de “uma forma mais aberta ou a de uma grelha fechada” (Vilela, 2017, p.294). Assim, foi elaborada uma grelha de observação das consultas de enfermagem com um campo para dados sociodemográficos, outro campo para dados clínicos que incluía dados do tratamento e da alopecia medida pela escala da *NCI* (2017), seguida da lista das 51 intervenções de enfermagem identificadas na evidência científica, organizadas pelas 4 categorias encontradas – avaliação, gestão e suporte, informação e educação, e referenciação - tendo sido deixado espaço, em cada grupo, para registar intervenções observadas para além das incluídas na lista. Por fim, um campo em branco para registo de comentários/observações. Esta grelha de observação foi testada em 2 consultas de enfermagem, não sofrendo alterações significativas, estando a sua versão final em apêndice (Apêndice VII). O objetivo desta atividade era identificar as intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros nas consultas de enfermagem de primeira vez às pessoas que iriam iniciar QT com AAN com potencial de provocar alopecia.

Durante o período de realização deste estágio foi possível observar consultas de enfermagem a 5 novos doentes, utilizando a grelha de observação enquanto integrava o grupo da consulta e onde pude intervir sempre que solicitado. Foi dado o consentimento informado pelos elementos da equipa de enfermagem, de forma verbal, para a colheita de dados sobre as suas intervenções durante as consultas, e as pessoas consultadas também deram o seu consentimento para a observação e divulgação de dados, sendo-lhes garantido o seu anonimato. No final de cada consulta observada foi preenchida a grelha de observação. Dado que “a prática é, em si mesma, um modo de se obter conhecimento” (Benner, 2001, p.12), os resultados obtidos através da observação sistematizada destas consultas apresentam-se em apêndice (Apêndice VIII – Local de estágio A). Os dados colhidos nas consultas observadas foram sujeitos a análise de estatística descritiva verificando-se que muitas das intervenções de enfermagem à pessoa em risco de AIQ, praticadas neste serviço, estavam de acordo com o que é descrito na evidência científica. Em todas as consultas (100%) verificou-se que os enfermeiros avaliaram o *conhecimento da*

peessoa sobre os dispositivos de reabilitação da imagem existentes, e em 4 consultas (80,0%) avaliaram o risco de alterações na realização das atividades, o risco de alterações psicossociais e de isolamento social, e avaliaram se a pessoa sentia que o tratamento seria mais pesado devido à alopecia. Em 3 consultas (60,0%) verificou-se que os enfermeiros avaliaram o significado da alopecia (para a pessoa e família) e o impacto da alopecia na autoimagem da pessoa. Relativamente às intervenções do âmbito da gestão e de suporte, verificou-se que em todas as consultas (100%) o enfermeiro confortou a pessoa, promoveu um ambiente físico adequado e escutou ativamente a pessoa. Em 4 das consultas observadas (80,0%) verificou-se que os enfermeiros aconselharam sobre o corte do cabelo mais curto antes da queda do cabelo, orientaram quando e onde cortar e para a escolha dos dispositivos de reabilitação da imagem mais adequados, encorajaram a pessoa a ter esperança e confiança e promoveram o seu autocuidado. No âmbito da informação e educação, os enfermeiros em todas as consultas (100%) informaram sobre a probabilidade e grau expectável da alopecia, sobre o momento expectável da queda do cabelo e de que forma cairia, informaram sobre o efeito transitório da alopecia e sobre os dispositivos de reabilitação da imagem existentes, bem como quando e como o cabelo voltaria a crescer, e informaram sobre cabeleireiros e salões de beleza existentes vocacionados para este problema. Em 4 consultas de enfermagem (80,0%) verificou-se que os enfermeiros informaram sobre a existência de maquilhagem corretiva, orientaram antecipadamente para a aquisição de dispositivos de reabilitação da imagem, sobre os cuidados ao cabelo antes da queda ou após o seu crescimento e forneceram informação escrita. Em 3 consultas (60,0%) os enfermeiros informaram em que locais do corpo o pelo poderia cair e descreveram os sintomas associados à queda do cabelo. Por fim, relativamente à referenciação, verificou-se que em 4 consultas (80,0%) os enfermeiros referenciaram para cabeleireiros e salões de beleza.

Contudo, intervenções como, avaliar a resposta esperada à alopecia, avaliar o risco de alteração da sexualidade, preparar a pessoa para a inevitabilidade da queda do cabelo, explicar a causa da queda do cabelo, informar sobre os cuidados à pele, informar sobre associações voluntárias e comunitárias disponíveis, informar sobre os recursos audiovisuais disponíveis, e referenciar para grupos de apoio e para os sistemas de apoio social e financeiros, não foram observadas durante a realização destas 5 consultas de enfermagem.

Com a observação estruturada e participante destas consultas identificou-se mais uma intervenção de enfermagem: *avaliar o conhecimento da pessoa sobre a ocorrência deste efeito secundário*, que foi acrescentada às anteriormente identificadas através da evidência científica.

Outra atividade realizada foi a elaboração de um questionário, que é considerado “um instrumento de colheita de dados que exige do participante respostas escritas a um conjunto de questões, (...) sobre acontecimentos ou situações conhecidas, sobre atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões.” (Fortin et al., 2009, p. 380) obtidas “de maneira sistemática e ordenada (...) das variáveis que são objeto de estudo” (Vilela, 2017, p.315). Construído com o objetivo de identificar as intervenções de enfermagem realizadas pelos enfermeiros que prestam cuidados à pessoa em risco ou com AIQ, foi elaborado um questionário com 2 perguntas abertas: “Perante uma pessoa que vai iniciar um protocolo de QT com risco de induzir alopecia, que aspetos lhe parecem pertinentes avaliar?” e “Que cuidados considera adequados para que a pessoa com AIQ se adapte a esta situação?” que se consideraram não serem demasiado extensas nem vagas ao ponto de dificultar a sua aplicação, nem demasiado curtas e redutoras ao ponto de se perder informação (Fortin et al., 2009). Foi ainda formulada uma questão aberta, “Existem outros aspetos que queira referir?”, que possibilitasse aos inquiridos acrescentar algum aspeto útil para o objetivo do estudo. Na etapa seguinte, foi realizado um pré-teste¹¹ a fim de avaliar a validade de conteúdo das perguntas, isto é, se as respostas eram adequadas ao que se pretendia identificar (Fortin et al., 2009). A uma amostra de 4 enfermeiros que cumpriam os critérios de inclusão (prestação de cuidados de enfermagem a pessoas submetidas a QT, com experiência superior a 2 anos na área da oncologia e que aceitassem participar voluntariamente no estudo) foi aplicado o pré-teste. Os 4 enfermeiros tinham 14 anos de experiência profissional em média e 11 anos de experiência na área da oncologia. Pediu-se aos participantes a opinião sobre a clareza das perguntas e, caso contrário, que indicassem o motivo e sugestões que davam para as melhorar. Nas respostas dadas ao pré-teste não existiram sugestões que implicassem alterações às perguntas elaboradas pelo que a sua versão final (Apêndice IX) foi aplicada aos 8 elementos da equipa de enfermagem deste local de

¹¹ “O pré-teste é a prova que consiste em verificar a eficácia e o valor do questionário junto de uma amostra reduzida (...) é sem dúvida indispensável, pois permite descobrir os defeitos do questionário e fazer as correções que se impõem” (Fortin et al., 2009, p. 386).

estágio, que cumpriam os critérios de inclusão já referidos. Obteve-se a participação de 6 enfermeiros (75,0%) que assinaram um modelo de consentimento informado previamente elaborado.

Os dados obtidos foram analisados em conjunto com os resultados do segundo local de estágio, que serão apresentados mais à frente neste relatório.

O quinto e último objetivo específico deste local de estágio foi *implementar intervenções de enfermagem promotoras da adaptação da pessoa em risco ou com AIQ, com base na evidência científica identificada*. Para além da observação participante de 5 consultas de enfermagem tal como referido, foram prestados cuidados de enfermagem a mais 3 pessoas com AIQ, durante a realização dos tratamentos de QT, identificando-se e dando-se resposta às suas necessidades. Recordo o caso de uma mulher de 42 anos com o diagnóstico de carcinoma da mama submetida a QT adjuvante, com AIQ total, que verbalizou sentir prurido e apresentar descamação do couro cabeludo após a queda do cabelo. Questionou-se a pessoa sobre os cuidados que tinha com o couro cabeludo, tendo-se percebido que esta mulher evitava olhar-se ao espelho e prestar cuidados a esta parte do seu corpo. Avaliar o risco de autoimagem comprometida, tal como referido por Choi et al. (2014) e Cho et al. (2013), permitiu identificar a perceção negativa da pessoa relativamente ao seu corpo e que isso estaria a influenciar a sua capacidade para o autocuidado. Neste caso, incentivou-se a pessoa ao mesmo, estimulando o seu interesse para os cuidados ao couro cabeludo e à pele (Dougherty, 2007) e foi dada informação sobre estratégias de autocuidado tais como, a proteção contra as agressões ambientais como o sol e o frio, a aplicação de dispositivos de reabilitação da imagem, a evitar a exposição solar, a utilizar cremes com fator de proteção solar, e a massajar e hidratar o couro cabeludo (Taggart et al., 2009; Dougherty, 2007; Hesketh et al., 2004; Batchelor, 2001). Na semana seguinte esta pessoa manifestou diminuição do prurido e da descamação do couro cabeludo, referindo ter começado a hidratar esta parte do seu corpo durante o banho diário apesar de ainda ter alguma dificuldade em olhar-se ao espelho, pelo que foi informada que caso o desejasse poderia ser realizada uma referenciação para um profissional especializado em apoio e terapias de suporte psicológico de forma a facilitar a adaptação à AIQ (Zannini et al., 2012; Dougherty, 2007; Batchelor, 2001).

Outra situação que recordei foi a interação com uma mulher de 45 anos, com o diagnóstico de carcinoma do ovário, no oitavo dia do segundo ciclo de QT com carboplatina e paclitaxel, com AIQ de grau 1 na escala da *NCI* (2017), isto é, ainda com uma perda de cabelo ligeira, mas que no futuro ocorreria na sua totalidade. Esta mulher verbalizou que, apesar do tema ter sido abordado na consulta de enfermagem, não tinha conseguido reter a informação dada sobre as estratégias de adaptação à AIQ. Nesse momento demonstrei disponibilidade e procurei assegurar um ambiente adequado, que permitisse a privacidade da pessoa, correndo a cortina e adotando estratégias de comunicação terapêutica (McGarvey et al., 2010). Em seguida foram identificados sentimentos e emoções da pessoa face à ocorrência da AIQ (Cho et al., 2013; Hesketh et al., 2004; Batchelor, 2001) e avaliado o conhecimento da pessoa sobre o período expectável em que ocorreria a alopecia, o grau esperado de acordo com o seu tratamento e os sintomas físicos que poderia sentir aquando da queda do cabelo, e feitos ensinamentos relativos a estes aspetos (Nolte et al., 2006; Batchelor, 2001); informou-se a pessoa sobre o efeito transitório e reversível da queda do pelo, isto é, que após o final dos tratamentos de QT, cerca de 3 a 6 meses, o cabelo e os outros pelos do corpo voltariam a crescer (Dougherty, 2007; Batchelor, 2001). Foram também dadas informações sobre as estratégias de autocuidado com a pele e o couro cabeludo, tais como as referidas na última situação descrita, e informou-se sobre os dispositivos que poderiam camuflar a AIQ e proteger o couro cabeludo, tais como próteses capilares, fitas, lenços, turbantes, gorros ou chapéus (Zannini et al., 2012; Borsellino & Young, 2010; Taggart et al., 2009; Nolte et al., 2006; Batchelor, 2001) e sobre a maquilhagem corretiva, tal como as bases faciais, os lápis e pós definidores de sobrancelhas, entre outros produtos que permitiriam camuflar as alterações da pele e dos cílios (Taggart et al., 2009). Aconselhou-se a pessoa, caso o desejasse, a cortar o cabelo de forma faseada, para diminuir a ansiedade de visualizar a queda do cabelo e atuando como ensaio comportamental para a mudança da imagem que ocorreria (Zannini et al., 2012; Frith et al., 2007; Batchelor, 2001; Hesketh et al., 2004; McGarvey et al., 2010; Borsellino & Young, 2010); Por fim, foram dadas indicações sobre os sistemas de apoio social, caso fosse necessário apoio para a aquisição de dispositivos de reabilitação da imagem, e informada sobre o tipo de apoio financeiro que poderia ter para a aquisição dos mesmos (Batchelor, 2001), nomeadamente a dedução de 80% do valor da prótese capilar, em diversos subsistemas de saúde com a

apresentação de receita de ajudas técnicas, ou de dedução no IRS no caso da utilização do Sistema Nacional de Saúde. No final da interação, a doente disse estar mais esclarecida e tranquila face à ocorrência da AIQ.

Estas interações permitiram o desenvolvimento da competência “demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada” (OE, 2010, p.3); “estabelece a relação terapêutica com pessoas com doença crónica (...) de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas (...)” (OE, 2015, p.9967) incentivando-se as pessoas a planearem, de acordo com os seus desejos e preferências, as estratégias de adaptação à AIQ, promovendo assim uma parceria terapêutica, respeitando-se a sua singularidade e autonomia individual, atendendo às necessidades multidimensionais das pessoas e negociando os objetivos e metas de cuidados de acordo com os seus recursos e pontos fortes, de forma a facilitar o processo de tomada de decisão sobre as estratégias de adaptação à AIQ. Foram também desenvolvidas competências de uso de intervenções baseadas na evidência para avaliar, prevenir e gerir as consequências físicas, psicológicas, sociais e existenciais do cancro (EONS; 2018) e de “saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo” (Decreto-Lei 107/2008, p.3842).

2.2.2. Local de estágio B - Hospital de dia hemato-oncológico de um centro hospitalar universitário

O segundo estágio (estágio B) decorreu num hospital de dia de um centro hospitalar universitário de Lisboa, entre 5 de novembro e 14 de dezembro de 2018, num total de 144 horas de duração (18 turnos), tendo como objetivo geral, à semelhança do estágio anterior, *aprofundar conhecimentos sobre as intervenções de enfermagem que promovem a adaptação da pessoa à AIQ, de forma a permitir o desenvolvimento de competências técnico-científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados a esta população.*

Este objetivo geral foi decomposto em quatro objetivos específicos, sendo o primeiro, à semelhança do estágio anterior, *dar a conhecer à equipa de enfermagem*

os objetivos e as atividades para a implementação do projeto. Para isso, foi realizada uma reunião com a enfermeira chefe do serviço que validou as atividades planeadas como possíveis de serem realizadas, seguida de uma sessão de apresentação à equipa de enfermagem dos objetivos do projeto, das atividades planeadas e respetivas metodologias. Esta sessão teve a participação de 9 dos 17 enfermeiros do serviço, tendo a informação sido dada aos restantes elementos da equipa em momentos informais. Para além disto, durante a realização deste estágio, por sugestão das enfermeiras responsáveis deste local de estágio e do local de implementação do projeto, foi elaborado um póster (Apêndice X) para ser exposto e defendido na reunião anual da Sociedade Portuguesa de Hematologia, que decorreu entre os dias 15 e 17 de novembro, com uma avaliação bastante positiva pela comunidade científica, surgindo o convite para a redação de um artigo para uma revista científica na área da enfermagem oncológica.

O segundo objetivo específico foi *conhecer a estrutura organizacional e o funcionamento do contexto clínico, de forma a promover a integração na equipa multidisciplinar do serviço.* À semelhança do local anterior, foram colocadas questões aos diversos elementos da equipa multidisciplinar sobre a organização e funcionamento do serviço, observada a prestação de cuidados da equipa de enfermagem e consultados documentos, procedimentos, protocolos e projetos existentes no serviço. Também este contexto foi analisado de acordo com as recomendações da CNDO (2009) sobre os requisitos necessários para a prestação de cuidados em oncologia. Assim, verificou-se que este serviço está integrado na área Hemato-Oncológica de um centro hospitalar universitário sendo uma unidade de ambulatório que tem como objetivo prestar cuidados diferenciados a pessoas com doenças hematológicas malignas e com tumores sólidos, através da administração de AAN, terapêutica de suporte e transfusional. Funciona de 2^a a 6^a feira das 8h às 20h e das 8h às 16h nos dias feriados, encerrando ao fim-de-semana.

Em relação à estrutura física, o serviço tem uma receção e sala de espera para acolhimento e admissão da pessoa com doença hemato-oncológica; um gabinete de consultas de enfermagem para os doentes que iniciam tratamento pela primeira vez ou sempre que mudem de protocolo terapêutico, com um ambiente acolhedor e privado; 3 salas de tratamentos, com lotação máxima de 20 doentes em cadeirões e 4 doentes em cama (uma das salas com possibilidade de permanência de uma pessoa

significativa para o doente), onde se realizam os tratamentos com AAN por via endovenosa; uma sala de pensos¹²; a unidade de preparação de citotóxicos¹³; um balcão de triagem¹⁴; uma sala de observação¹⁵ e outras salas de apoio.

A equipa do serviço é constituída por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, assistentes técnicos, farmacêuticos e técnicos de farmácia, psicóloga, nutricionista, assistente social e assistente espiritual, havendo uma estreita relação e articulação com as diversas valências do hospital nomeadamente com a equipa intrahospitalar de cuidados paliativos e com a consulta da dor.

A equipa de enfermagem tem 17 enfermeiros que prestam cuidados segundo o método de trabalho individual no rácio de 1:5 (manhã) ou 1:10 (tarde). É uma equipa com formação (3 enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica) e com experiência e competências técnico-científicas e humanas na abordagem terapêutica e de suporte da pessoa com doença hemato-oncológica, que colabora com a equipa médica na prestação de cuidados, que educa as pessoas sobre os efeitos dos tratamentos, que tem treino na administração de AAN e monitorização dos seus efeitos secundários e reações, na manipulação de catéteres venosos centrais, e que frequenta ações de formação e participa em projetos de investigação de forma regular (CNDO, 2009).

No serviço existem manuais de atuação, como o manual de integração e o manual de enfermagem; procedimentos setoriais, como o do percurso do doente no hospital de dia hemato-oncológico, o dos cuidados de enfermagem na prevenção e tratamento de extravasamento de citostáticos, o da administração de QT via intratecal, o da avaliação da dor, entre outros; instruções de trabalho, como a identificação do doente e os registos de enfermagem; e protocolos clínicos, como os protocolos terapêuticos validados nacional e internacionalmente, de reação de hipersensibilidade infusional ou anafilaxia, de tratamento da neutropénia febril, de cuidados psico-oncológicos, de cuidados paliativos e de cuidados intensivos, o que está em

¹² Espaço onde se cumprem procedimentos de curta duração, como colheitas de sangue, realização de pensos, administração de terapêutica via subcutânea ou oral, manutenção e heparinização de catéteres venosos centrais de curta e longa duração, e remoção de infusores elastoméricos.

¹³ Esta unidade de preparação de AAN está sob a dependência da área da Farmácia e tem 2 câmara de fluxo laminar cumprindo os requisitos da CNDO (2009).

¹⁴ Espaço onde um elemento da equipa de enfermagem realiza a triagem dos doentes programados para realização de tratamento e valida o protocolo terapêutico, a triagem dos doentes que recorrem ao atendimento não programado por descontrolo sintomático, e a triagem e esclarecimento de dúvidas das pessoas através de contato telefónico.

¹⁵ Espaço no qual são acolhidos doentes que apresentem agudização ou agravamento do estado clínico, com descontrolo sintomático ou com exacerbação de efeitos secundários dos tratamentos.

conformidade com os requisitos referidos pela CNDO (2009). Existem atualmente dois projetos no serviço, o de identificação segura da pessoa¹⁶ e o da consulta de enfermagem¹⁷.

Este serviço recebe pessoas com doenças hematológicas malignas e oncológicas, através da referenciação por parte da consulta de oncologia médica ou da especialidade de hematologia clínica, atendendo por dia, em média 46 doentes (dados recolhidos com autorização da chefia através do sistema informático do serviço em outubro de 2018), iniciando tratamentos com AAN cerca de 54 doentes por mês (dados do mesmo período e fonte). Para todas as pessoas, o planeamento terapêutico é estabelecido numa reunião multidisciplinar, realizada às 4ª feiras, cumprindo os requisitos gerais para a prestação de cuidados em oncologia (CNDO, 2009). Outro dos requisitos gerais é a existência de um registo oncológico atualizado que o serviço cumpre enviando dados periodicamente para o Registo Oncológico Regional.

O terceiro objetivo específico deste estágio, à semelhança do local anterior, foi *identificar as intervenções de enfermagem perante a pessoa com AIQ, através da observação estruturada e participante de consultas de enfermagem e por questionários aplicados aos enfermeiros com experiência na área*, tendo sido solicitado ao Presidente do Conselho de Administração e à Comissão de Ética para a Saúde da instituição a autorização para colher e divulgar os dados provenientes da observação das consultas de enfermagem, dos questionários e da prestação de cuidados à pessoa com AIQ, que foi aceite (Apêndice XI).

Durante a realização deste estágio foram observadas 10 consultas de enfermagem a pessoas que iriam iniciar protocolos terapêuticos com AAN com potencial de provocar AIQ, utilizando a grelha de observação utilizada no estágio anterior. Estes resultados foram obtidos com as mesmas exigências éticas descritas anteriormente, e foram tratados e analisados conjuntamente com os dados colhidos no estágio anterior (Apêndice VIII – Local de estágio B). Também neste local de estágio se verificou que, de uma forma geral, muitas intervenções de enfermagem realizadas à pessoa em risco de AIQ estavam de acordo com a evidência científica encontrada. Relativamente a intervenções do âmbito da avaliação, em 7 consultas

¹⁶ Projeto com diversas atividades relacionadas com a identificação segura das pessoas com doença hemato-oncológica durante todo o seu percurso na instituição hospitalar.

¹⁷ Projeto de implementação da consulta de enfermagem a pessoas que iniciem ou alterem de protocolo terapêutico antineoplásico;

(70,0%) os enfermeiros, *avaliaram o impacto da alopecia na autoimagem da pessoa* e em 6 consultas (60,0%) *avaliaram o significado da alopecia (para a pessoa e família)* e o *conhecimento da pessoa sobre os dispositivos de reabilitação da imagem existentes*. No âmbito da gestão e do suporte, em todas as consultas observadas (100%) os enfermeiros, *confortaram a pessoa, promoveram um ambiente físico adequado e escutaram ativamente a pessoa*, em 6 consultas (60,0%) *orientaram a pessoa na escolha do dispositivo de reabilitação da imagem mais adequado para si* e em 5 consultas (50,0%) *aconselharam ao corte do cabelo mais curto antes da queda do cabelo*. Relativamente às intervenções do âmbito da informação e educação, em 7 consultas (70,0%) verificou-se que os enfermeiros *informaram sobre o momento expectável da queda do cabelo e de que forma cairia*, e *informaram sobre as medidas de proteção até ao crescimento do cabelo*. Em 6 consultas (60,0%) verificou-se que os enfermeiros *informaram sobre a probabilidade e grau de alopecia expectável*, sobre os *locais do corpo em que o pelo cairia*, sobre o *efeito transitório da alopecia*, quando e como o *cabelo voltaria a crescer* e sobre os *cabeleireiros e salões de beleza existentes*. No âmbito da referenciação, verificou-se que em 5 das consultas observadas (50,0%) os enfermeiros *referenciaram para cabeleireiros e salões de beleza*.

Intervenções como *preparar a pessoa para a inevitabilidade da queda do cabelo*, *encorajar a pessoa a ter esperança e confiança*, *explicar a causa da queda do cabelo*, *informar sobre os recursos audiovisuais disponíveis* e *referenciar para profissionais especializados ou consultas de apoio psicológico*, não foram registadas em nenhuma das 10 consultas. Contudo foram identificadas 3 novas intervenções de enfermagem não referidas na evidência científica: *reforçar os aspetos positivos da pessoa*; *preparar a pessoa para as estratégias a adaptar para explicar aos filhos (crianças) a ocorrência da queda do cabelo*; e *informar a pessoa sobre a secura das mucosas*, como as narinas pela perda dos cílios e dos olhos pela queda das pestanas.

A aplicação de questionários aos enfermeiros com mais de 2 anos de experiência em oncologia foi também o método utilizado para identificar as intervenções usadas pelos enfermeiros neste local de estágio. Os dados obtidos nos dois locais de estágio, foram analisados por análise de conteúdo¹⁸ (Bardin, 2016). Dos 25 questionários

¹⁸ A análise de conteúdo é o conjunto de técnicas de análise das comunicações que visam obter, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos (Bardin, 2016).

distribuídos aos enfermeiros, 8 no primeiro local de estágio e 17 no segundo, obtiveram-se 17 respostas, 6 no primeiro local e 11 no segundo, obtendo-se uma taxa de participação de 68,0%. Os participantes tinham em média de 44 anos de idade, 94,0% eram do sexo feminino e 6,0% do masculino, com uma média de tempo de exercício profissional de 21,8 anos e de experiência em oncologia de 14,8 anos (média). Relativamente à formação académica, todos os participantes tinham o curso de licenciatura em enfermagem, tendo 1 enfermeiro também uma licenciatura em psicologia; com formação pós licenciatura havia 6 enfermeiros, 2 com formação pós-graduação, 1 em enfermagem oncológica e outro em cuidados paliativos, 2 com uma pós-licenciatura na área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica (enfermeiros especialistas), 1 na vertente oncológica e outro na vertente pessoa idosa; e 2 com o Curso de mestrado em enfermagem (grau de mestre), 1 em cuidados paliativos e outro em enfermagem na vertente pessoa idosa.

A cada questionário foi dado um código com uma letra A ou B (consoante o primeiro ou segundo local de estágio) e um número (correspondente ao número do participante), de forma a salvaguardar a confidencialidade dos participantes (por exemplo A1 remete para o questionário do primeiro participante do local de estágio A). Em seguida as respostas dos questionários foram transcritas na íntegra para um documento em *word* que foi sujeito a uma leitura atenta para identificar as unidades de registo¹⁹ que foram incluídas nas categorias usadas na grelha de observação com que partilhavam o mesmo significado. Deste modo, a análise dos questionários foi baseada numa categorização *à priori* (Bardin, 2016), ou seja, utilizando categorias já identificadas, com a ressalva de que se surgissem dados que sugerissem outros temas se criariam novas categorias. Em apêndice (Apêndice XII) estão os resultados obtidos nos 17 questionários, tendo sido utilizado as regras de enumeração para identificar a frequência (n)²⁰ das intervenções identificadas pelos participantes. Assim, verificou-se que intervenções como *informar sobre a probabilidade e grau de alopecia expectável, informar sobre o momento expectável da queda do cabelo e de que forma cai, explicar a causa da queda do cabelo, e informar em que locais do corpo o pelo cai* foram indicadas por 13 enfermeiros (76,5%); também a *informação sobre*

¹⁹ Unidade de registo é a “unidade de significação codificada e corresponde ao segmento do conteúdo considerado unidade de base” (Bardin, 2016, p.135).

²⁰ Segundo Bardin (2016) identificar a frequência de uma unidade de registo permite inferir a importância dessa mesma unidade.

dispositivos de reabilitação da imagem e sobre cabeleireiros e salões de beleza existentes foram referidas por 12 enfermeiros (70,6%); já as intervenções de, *identificar o sistema de suporte da pessoa* e de, *orientar quando e onde cortar o cabelo* e *orientar a pessoa na escolha dos dispositivos de reabilitação de imagem* foram referidas por 10 enfermeiros (52,9%), a primeira e por 9 (52,9%) as 2 últimas. Só estas 9 intervenções foram utilizadas em mais de 50,0% dos questionários situando-se as restantes intervenções abaixo deste valor. Contudo nenhum enfermeiro se referiu a 7 intervenções (*identificar a perda de confiança no futuro, avaliar a presença de sintomas físicos relacionados com a alopecia, avaliar o risco de alteração da sexualidade, descrever os sintomas associados à queda do cabelo, informar sobre os cuidados à pele, informar sobre os recursos audiovisuais disponíveis, referenciar para grupos de apoio ou outros*). Há 10 intervenções que foram referidas só por 1 enfermeiro (*avaliar a dificuldade no autocuidado relacionado com a alopecia, promover um ambiente físico adequado, preparar a pessoa para a inevitabilidade da queda do cabelo, informar sobre maquilhagem corretiva, informar quando e como o cabelo volta a crescer, informar sobre associações voluntárias e comunitárias disponíveis, informar sobre a secura das mucosas, informar sobre a importância do tratamento, referenciar para cabeleireiros e salões de beleza, referenciar para sistemas de apoio e financeiro*).

Para além disso, foram identificadas 7 novas intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à AIQ, referidos nos questionários: *identificar os dados pessoais da pessoa; avaliar a qualidade do cabelo; identificar se a pessoa contactou anteriormente com outras pessoas com alopecia; identificar a presença de mitos e crenças erradas relativas à alopecia; identificar sentimentos e preocupações face à opinião dos outros; promover o envolvimento das pessoas significativas no processo; e informar a pessoa da importância do tratamento*.

Assim, após a identificação de 51 intervenções pela pesquisa bibliográfica utilizando a metodologia da revisão *scoping*, 4 pela observação das consultas de enfermagem e 7 pela aplicação de questionários a enfermeiros com mais de 2 anos de experiência na área da oncologia, no total foram identificadas 62 intervenções de enfermagem promotoras da adaptação da pessoa à AIQ (Apêndice XIII). Esta listagem ainda foi adequada à linguagem CIPE (versão 2015) e validada por um painel de peritos durante o estágio seguinte.

Estas atividades permitiram aprofundar o desenvolvimento de competências do módulo 8 da *EONS* (2018) de utilização de pesquisa e evidência no tratamento do cancro e da OE “baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (OE, 2010, p.9) ao interpretar e organizar dados provenientes da evidência que contribuem para o conhecimento novo e o desenvolvimento da prática de enfermagem.

O quarto objetivo específico foi *implementar intervenções de enfermagem promotoras da adaptação da pessoa em risco ou com AIQ, com base na evidência identificada*, que foi cumprido em 8 consultas de enfermagem realizadas a pessoas que iam iniciar tratamento de QT com AAN com potencial de provocar AIQ. Nestas consultas, feitas em colaboração com os enfermeiros, houve a oportunidade de integrar as intervenções de avaliação, de gestão e suporte, de informação e educação, e de referenciação, identificadas anteriormente.

Recordo um doente do sexo masculino, de 39 anos de idade, advogado, com o diagnóstico de linfoma que iria iniciar QT intensiva com ciclofosfamida, doxorrubicina e vincristina, que lhe provocaria AIQ total. Durante a consulta de enfermagem, quando se abordou este efeito, o doente mostrou-se preocupado com a alteração que este provocaria na sua imagem corporal, sobretudo na perceção que as outras pessoas teriam do seu estado de saúde, podendo ter efeitos negativos na sua vida profissional. Depois de várias intervenções de informação e educação relativamente à queda do cabelo, o doente referiu que iria afirmar ter sido uma opção sua, um novo visual, contudo preocupava-o a queda das sobrancelhas. Assim, após se perceber o risco de alteração do seu papel profissional (Cho et al., 2013; Anakomi, Putri & Pohan, 2018), informou-se o doente sobre a existência de maquilhagem corretiva, como forma de camuflar as alterações da pele e dos cílios, tal como as bases faciais e os lápis e pós definidores de sobrancelhas, entre outros produtos (Taggart et al., 2009) e incentivou-se o doente a manter os seus papéis familiar, social e profissional, estimulando-o a conservar as suas atividades, encontrando estratégias de adaptação que lhe permitissem camuflar a AIQ (Dougherty, 2007). Três semanas depois, durante o segundo tratamento, o doente já tinha AIQ total, mas havia adotado estratégias de adaptação, como o uso de um lápis delineador de sobrancelhas, permitindo-lhe camuflar a perda significativa das sobrancelhas e manter o seu papel profissional e social.

A realização destas consultas de enfermagem permitiram o desenvolvimento da competência “cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro” (OE, 2010, p.6) ao promover-se um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança, centrado na pessoa em risco ou com AIQ, de forma a proteger a sua individualidade, mas também o desenvolvimento da competência enunciada pela EONS (2018), de apoio à pessoa, através da realização de avaliações iniciais abrangentes e contínuas, proporcionando um ambiente favorável à partilha de preocupações e à expressão das preferências das pessoas em relação à tomada de decisão. Para além disso, a realização destas consultas permitiram o desenvolvimento de competências de mestre ao saber “aplicar conhecimentos e capacidades de compreensão e de resolução de problemas em novas situações, em contextos alargados e multidisciplinares” (Decreto-Lei 107/2008, p. 3842).

2.2.3. Local de estágio C - Serviço de internamento de hematologia clínica

O terceiro estágio (estágio C), teve a duração de 176 horas (22 turnos), cumpridas entre 3 de janeiro e 8 de fevereiro de 2019, num serviço de internamento de hematologia, local onde foi identificado o problema.

Este serviço dedica-se ao diagnóstico e tratamento de hematopatias malignas e é dotado de instalações, pessoal e equipamento capaz de assegurar um tratamento eficaz a doentes do foro hematológico, de forma a proporcionar a estas pessoas uma assistência de qualidade, disponibilizada por pessoal diferenciado e apoiado por tecnologia avançada. Possui a valência de hospital de dia e atendimento não programado, de autotransplante de medula óssea e de internamento cuja lotação é de 21 camas para pessoas em tratamento intensivo de QT ou em suporte e controlo sintomático após os tratamentos. Recebe cerca de 10 doentes por mês, com diagnóstico inaugural, maioritariamente leucemias agudas e linfomas agressivos, sendo submetidos a QT intensiva, que provoca alopecia total em todos eles (dados disponibilizados e autorizados pelo serviço, referente ao mês de dezembro de 2018). A equipa de enfermagem é constituída por 44 enfermeiros, 7 dos quais são enfermeiros especialistas, tendo o estágio sido orientado por um desses elementos.

O objetivo geral deste local de estágio foi *promover a melhoria da qualidade de cuidados de enfermagem à pessoa com doença hemato-oncológica em risco ou com AIQ, avaliando o seu impacto nas diversas dimensões da pessoa e planeando os cuidados que promovam a adaptação a este efeito secundário, capacitando a equipa de enfermagem para executar essas intervenções.*

Para concretizar este objetivo foram delineados 4 objetivos específicos sendo o primeiro, *dar a conhecer à equipa de enfermagem os objetivos e as atividades para a implementação do projeto*, pelo que foi realizada uma reunião com a enfermeira orientadora de forma a validar as atividades planeadas, e foram realizadas duas sessões para apresentação do projeto à equipa de enfermagem onde foram revelados os dados da sondagem de opinião (Apêndice II).

O segundo objetivo deste local de estágio foi *validar as intervenções de enfermagem promotoras da adaptação da pessoa em risco ou com AIQ*, tendo para isso sido elaborada uma lista com as 62 intervenções de enfermagem promotoras da adaptação da pessoa à AIQ, identificadas pela evidência científica e através dos pares (Apêndice XIII). Estas intervenções foram adaptadas à linguagem CIPE (ICN, 2015), dado que é esta classificação que é utilizada no serviço para o registo dos cuidados de enfermagem. As 62 intervenções foram reagrupadas e desdobradas de acordo com os seus significados e objetivos, resultando num léxico com um total de 53 intervenções (Apêndice XIV).

A validação destas 53 intervenções foi feita por um grupo de enfermeiros peritos²¹ na área, selecionados por amostra de conveniência²², que obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: participar de forma voluntária, terem formação especializada em enfermagem e terem experiência profissional igual ou superior a 10 anos na área da prestação ou gestão de cuidados em oncologia. Estes 10 enfermeiros foram selecionados com recurso à técnica de bola de neve²³, sendo contactados previamente e enviado via *e-mail* uma carta explicativa da finalidade do estudo e do

²¹ Segundo Benner (2001, p.58), o enfermeiro perito “tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis” articulando a sua formação teórica com a sua experiência prática.

²² Uma amostra por conveniência é aquela em que os participantes são seleccionados pelo investigador por estarem acessíveis no local da investigação (Fortin et al., 2009)

²³ A técnica amostragem “em bola de neve”, também conhecida por “amostragem por redes” consiste em escolher os participantes que satisfaçam is critérios de inclusão, pedindo-lhes que indiquem outras pessoas com características semelhantes (Fortin et al., 2009).

processo de validação das intervenções de enfermagem à qual se anexou a lista provisória destas intervenções e uma escala de *likert* de 7 pontos (Apêndice XV).

Foram obtidas 8 respostas, equivalente a 80,0% de participação. Estes 8 participantes tinham uma média de idades de 43 anos, todos do sexo feminino, com uma média de anos de experiência profissional de 21 anos e de 16 anos em média na área da oncologia. Destes participantes, todos com o curso de licenciatura em enfermagem, 3 tinham a especialidade em enfermagem médico-cirúrgica na vertente oncológica, 1 na pessoa idosa, 2 em saúde mental e psiquiátrica e outros 2 em reabilitação. Dois (2) dos enfermeiros eram também mestres, 1 em enfermagem oncológica e outro em comunicação em saúde.

Para a validação das intervenções foi utilizado a técnica de *Delphi*²⁴, em que para cada uma das 53 intervenções de enfermagem apresentadas, foi solicitado aos peritos a sua opinião sobre o nível de concordância para cada uma delas, recorrendo para isso à escala do tipo *likert* de 7 pontos, cujos extremos iam de “concordo totalmente” a “discordo totalmente”, à qual se associou um espaço para comentários. A escala de *likert* foi selecionada “por apresentar uma melhor compreensão às proposições apresentadas aos participantes” (Pereira & Alvim, 2015, p. 179). Os níveis de consenso foram previamente definidos: nível máximo de consenso, se todos os peritos (100%) seleccionassem “concordo totalmente”; nível elevado de consenso, se $\geq 75,0\%$ dos peritos seleccionassem as opções de “concordo” ou “concordo totalmente; nível moderado de consenso, se $\geq 75,0\%$ dos peritos seleccionassem as opções “concordo parcialmente” ou “concordo”. Proposições que apresentassem 75,0% das respostas dos peritos nas opções “discordo totalmente” a “sem opinião” seriam excluídas.

Analisando as respostas dadas pelo grupo de peritos (Apêndice XVI), de acordo com os níveis de consenso obtidos, foi excluída 1 intervenção: *avaliar o pelo do cliente*, restando assim 52 intervenções cientificamente identificadas e validadas, que deram origem a uma Lista final das intervenções de enfermagem promotoras da adaptação da pessoa à AIQ (Apêndice XVII). Este processo encontra-se esquematizado num fluxograma (Apêndice XVIII).

²⁴ A técnica de *Delphi* é “uma ferramenta de pesquisa que busca um consenso de opiniões de um grupo de especialistas a respeito de um problema complexo” (Pereira & Alvim, 2015, p. 176). Segundo estes mesmos autores, perante uma problemática complexa em que se dispõe de poucas informações para a construção de conceitos e intervenções, esta técnica é um método viável, com resultados expressivos dado que reúne a opinião de diversos especialistas na área. O recurso a um grupo de peritos para gerar ideias, consensos e tomar decisões sobre intervenções de enfermagem em diversas áreas de estudo, representa uma forma cada vez mais reconhecida e adequada para procurar algumas respostas.

Estas atividades permitiram o desenvolvimento da competência “baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (OE, 2010, p.9) ao interpretar, organizar e divulgar os dados provenientes da evidência que contribuem para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem, bem como as competências descritas no módulo 8 do *The EONS cancer nursing education framework* (EONS, 2018) relativamente à utilização da pesquisa e evidência no tratamento do cancro.

O terceiro objetivo específico deste estágio foi *implementar intervenções de enfermagem promotoras da adaptação da pessoa em risco ou com AIQ, com base na evidência identificada*, tendo-se para isso elaborado um instrumento de avaliação designado por “Termómetro de avaliação do impacto da alopecia” (Apêndice XIX), com o objetivo de avaliar o impacto da alopecia na pessoa, identificando os estímulos que pudessem comprometer a sua adaptação a este efeito secundário. Este instrumento de avaliação foi construído com 3 secções, com instruções claras sobre o seu preenchimento. Na secção I é pedido à pessoa que autoavale o nível de impacto que a alopecia tem em si naquele momento, utilizando uma imagem semelhante ao Termómetro de *Distress* (National Comprehensive Cancer Network, 2018), de forma a tornar mensurável o nível de impacto subjetivo da alopecia, numa escala de “0” (valor mínimo de impacto) a “10” (valor máximo de impacto). Na secção II solicita-se à pessoa que identifique os estímulos que causam esse impacto e que foram agrupados de acordo com os modos adaptativos de Callista Roy: 3 itens referentes a estímulos que interferem no modo de adaptação fisiológica, 8 itens no modo de interdependência, 2 itens em relação ao modo de função de papel e 11 itens relativos ao modo adaptativo do autoconceito, existindo espaços em branco para outros estímulos que não estejam elencados. Esta secção foi baseada num artigo científico sobre construção e validação de uma escala para doentes de cancro da mama de nacionalidade italiana, a *Chemotherapy-induced Alopecia Distress Scale* elaborado por Cho et al. (2013), onde os autores defendem que o impacto da alopecia é de cinco domínio: físico, emocional, das atividades, das relações e relativamente aos tratamentos, e que no instrumento elaborado se adaptaram aos modos adaptativos elencados por Callista Roy (Roy & Andrews, 2001). Por fim, na secção III, são colocadas questões sobre o momento do corte do cabelo: se deseja realizá-lo, de

forma gradual ou total, quando, quem gostaria que estivesse presente e, que outros aspetos considera importantes nesse momento.

Este instrumento de avaliação foi elaborado e pensado para ser utilizado às 2 semanas após o início da QT, dado que após este período a pessoa já terá integrado a nova realidade da doença e do tratamento e a ocorrência da alopecia é a partir desse momento inevitável. Após o preenchimento deste instrumento deverão ser tomadas decisões sobre as intervenções promotoras da adaptação à AIQ, a realizar nas diversas áreas de atuação (gestão e suporte, informação e educação, e referenciação) de acordo com os estímulos identificados como possíveis causas de respostas ou comportamentos não adaptativos. Para além disso, é desejável que este mesmo instrumento seja novamente aplicado 2 semanas após a ocorrência da alopecia (ou do corte total do cabelo), de forma a comparar a intensidade do impacto identificada através da escala do termómetro, antes e após a intervenção do enfermeiro, desejando-se uma diminuição do mesmo, para que se possa assumir que as intervenções de enfermagem foram eficazes.

O referido instrumento foi aplicado a 3 pessoas internadas, identificando-se o nível de intensidade do impacto que a alopecia tinha para elas e os estímulos presentes e potenciais problemas de adaptação existentes, e planeadas intervenções de informação e educação, de suporte e gestão, e de referenciação para outros recursos da equipa ou da comunidade. Esta atividade permitiu o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa, tais como “identifica as necessidades das pessoas com doença crónica” (OE, 2015, p.9967) permitindo avaliar e identificar o impacto que a AIQ tem nesta população, bem como o peso das variáveis psico-emocionais, valores e crenças que a AIQ assumia no seu bem-estar, tal como as competências defendidas pela EONS (2018) relativamente ao apoio das pessoas ao longo do seu processo de doença oncológica.

Foi também elaborado um folheto informativo, intitulado “Bela-me-quero”, validado pela enfermeira orientadora e pela enfermeira chefe do serviço, com o objetivo de ser um suporte educacional para a população-alvo (Apêndice XX), com a finalidade de complementar as informações dadas relativamente aos efeitos secundários da QT aquando do acolhimento da pessoa ao serviço, tal como indicado na evidência científica (Hesketh et al., 2004; Dougherty, 2007; McGarvey et al., 2010).

Outra atividade realizada foi a elaboração de uma proposta de Procedimento Setorial sobre a intervenção do enfermeiro na promoção da adaptação da pessoa à AIQ (Apêndice XXI), com a finalidade de orientar e uniformizar a prática de cuidados de enfermagem à pessoa em risco ou com AIQ internada no local de estágio C, e que obedeceu à estrutura usada na instituição para estes procedimentos. Este documento no final do estágio encontrava-se em fase de análise pela enfermeira responsável de modo a poder ser integrado no manual de boas práticas do serviço. Esta atividade permitiu a oportunidade de definição de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, dando visibilidade ao desenvolvimento da competência “concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade” (OE, 2010, p.5).

Outra atividade realizada foi o planeamento de um programa de cuidados de enfermagem de reabilitação da imagem à pessoa em risco ou com AIQ, que foi intitulado de Programa de Cuidados Oncoestéticos “Bela-me-quero” (Apêndice XXII). Nele foram definidos os destinatários, os objetivos, as metodologias de formação utilizadas, bem como o planeamento das sessões e cronograma das mesmas, os recursos necessários e indicadores de avaliação. Este programa, à semelhança dos já existentes em associações como a *Look Good Feel Better* (Taggart et al., 2009), tem como objetivo ajudar as pessoas com alterações da imagem corporal relacionadas com os tratamentos de QT, nomeadamente a alopecia, a gerir e a adaptarem-se a este efeito secundário. A elaboração deste programa permitiu o desenvolvimento da competência “concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade” (OE, 2010, p.5).

Este programa foi aplicado em sessões individuais a 3 pessoas em risco de AIQ, em que uma das situações deu origem à elaboração de um estudo de caso (Apêndice XXIII), após autorização verbal da pessoa para utilizar os dados obtidos, garantindo o seu anonimato, uma vez que “é pelo registo sistemático e pelo estudo desses casos paradigmáticos que é possível desenvolver o conhecimento que lhe está inerente” (Benner, 2001, p.38). A realização destas sessões individuais e do estudo de caso permitiu desenvolver a competência “promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (OE, 2010, p.4) ao analisar e interpretar o impacto da AIQ na vida das pessoas, assumindo a responsabilidade de gerir as situações potencialmente comprometedoras para estas pessoas, respeitando

os direitos humanos, assegurando o acesso à informação, e promovendo a confidencialidade e segurança da informação adquirida enquanto profissional.

A primeira sessão coletiva do Programa de Cuidados Oncoestéticos “Bela-me-quero” foi divulgada por vários cartazes afixados no serviço (Apêndice XXIV) e teve como objetivo informar as pessoas sobre os vários aspetos relacionados com a AIQ e proporcionar momentos de apoio entre os participantes através da partilha de experiências. Teve a duração de 90 minutos e a participação de 3 pessoas internadas no serviço. Esta primeira sessão, intitulada “Adaptação à alopecia”, obedeceu ao plano previamente elaborado e foram preparados diapositivos específicos (Apêndice XXV). A sessão foi avaliada pelos participantes (Apêndice III do Apêndice XXII) tendo 67,0% dos participantes revelado estarem “muito satisfeitos” com o tema, os conteúdos, a interação dos elementos do grupo, o desempenho dos formadores, o local e o tempo de duração da sessão. Relativamente à importância da sessão para a sua adaptação à AIQ, numa escala de “0” a “5”, em média os participantes avaliaram a sessão com 4,7.

Esta atividade permitiu desenvolver competências comunicacionais utilizando modelos de comunicação verbal, escrita e digital para fornecer informações, educação e a apoio de forma clara e compreensível (EONS, 2018), de forma a promover o envolvimento da pessoa no processo de tomada de decisão relativamente às estratégias na adaptação à AIQ. Apesar da amostra de participantes ser reduzida, e os resultados não ser significativos, julga-se que o Programa “Bela-me-quero” poderá ter resultados a médios e longo prazo na adaptação das pessoas à AIQ, dado que um projeto não finda no seu tempo de implementação académica.

Por fim, o quarto objetivo específico deste local de estágio foi *capacitar a equipa de enfermagem para a prestação de cuidados à pessoa em risco ou com AIQ de forma a promover a sua adaptação a este efeito secundário*, tendo-se realizado uma sessão de formação sobre intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à AIQ onde se introduziu o Programa de Cuidados Oncoestéticos e a Proposta de Procedimento Setorial elaborados e cujos diapositivos se apresentam em apêndice (Apêndice XXVI). Esta sessão teve a participação de 15 enfermeiros, isto é, 34,8% da equipa. Esta participação foi inferior ao indicador de avaliação inicialmente estabelecido, superior a 50,0%, devido a imprevistos pessoais e profissionais dos elementos da equipa. Por escassez do tempo de estágio, não foi possível repeti-la,

contudo foi possível partilhar estes conhecimentos, durante as reuniões de passagem de serviço, com muitos outros elementos da equipa.

A equipa aderiu à realização das sessões educativas à pessoa com AIQ, sugerindo que essas sessões fossem também realizadas à própria equipa de enfermagem, nomeadamente pedindo demonstração dos cuidados e colocação dos dispositivos de reabilitação da imagem. Após a referida apresentação, diversos elementos da equipa mostraram-se mais sensibilizados para a problemática, abordando mais o efeito secundário junto das pessoas, facilitando a personalização do corte do cabelo, informando sobre os recursos da comunidade existentes, e reconhecendo e referenciando muitas vezes as pessoas em risco de AIQ para a responsável do projeto. Foi também possível verificar que, ao longo da realização do estágio e após o mesmo, a equipa reconheceu na responsável do projeto um elemento dinamizador, de aconselhamento e de perícia nesta problemática.

Esta atividade permitiu o desenvolvimento da competência “gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar” (OE, 2010, p.6) ao otimizar-se o processo de cuidados à pessoa em risco ou com AIQ, intervindo na melhoria da informação para o processo de cuidar, os diagnósticos e a variedade de soluções eficazes, colaborando com a equipa multidisciplinar, nomeadamente na articulação com o médico assistente para a obtenção da receita de ajudas técnicas para a aquisição de próteses capilares, com o psicólogo ou a assistente social, disponibilizando-se assessoria às equipas em caso de dúvidas perante os casos de respostas de adaptação ineficazes da pessoa com AIQ. Para além disso desenvolveram-se competências de mestre ao ser “capaz de comunicar as suas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de forma clara e sem ambiguidades” (Decreto-Lei 107/2008, p.3842).

3. AVALIAÇÃO

Após a descrição e análise das atividades realizadas e das competências desenvolvidas durante a execução do projeto, é chegado o momento de refletir sobre os pontos fortes, fracos e as limitações da implementação deste projeto, tal como dos contributos para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem que este trabalho proporcionou.

3.1. Pontos fortes, fracos e limitações na implementação do projeto

Sendo um projeto um processo dinâmico, com atualizações constantes, tendo “em atenção as alterações na realidade, nas instituições de saúde e respetivos serviços, não descurando as dificuldades e complicações inerentes (Ruivo et al., 2010, p. 10), analisar estas dificuldades e limitações e os fatores facilitadores, torna-se um importante contributo para o processo de desenvolvimento pessoal e profissional do autor.

Ao longo do planeamento e da operacionalização deste projeto existiram importantes fatores que facilitaram a sua implementação, tais como o interesse e motivação da equipa de enfermagem para o tema, que desde o início reconheceu a importância e necessidade de mudança das práticas na avaliação, gestão e suporte, informação e educação, e referenciação das pessoas em risco ou com AIQ. Para além disso, a possibilidade de integrar outras equipas e contextos de cuidados possibilitou conhecer novas realidades, analisar práticas de cuidados diferentes e, com isso, retirar importantes contributos para o enriquecimento do projeto e para a minha formação pessoal e profissional. Também o apoio e disponibilidade das enfermeiras responsáveis dos locais de estágio foram um ponto positivo já que se mostraram interessadas em adotarem algumas das ferramentas desenvolvidas, como é o caso do folheto informativo e das sessões educativas para estas pessoas, como forma de melhoria da qualidade de cuidados de enfermagem.

Contudo, dado que “a enfermagem é praticada em contextos reais, com dificuldades, possibilidades e recursos reais” (Benner, 2001, p.18) existiram alguns fatores que poderão ser considerados pontos fracos da implementação deste projeto,

tais como a sessão de formação à equipa de enfermagem não ter atingido os indicadores de resultados previamente estabelecidos, pelo que se assumiu o compromisso de, após a conclusão do trabalho académico, repetir a sessão de formação para capacitar os restantes elementos da equipa de enfermagem para prestarem melhores cuidados à pessoa em risco ou com AIQ.

Também o facto do instrumento “Termómetro de avaliação do impacto da alopecia” não estar validado e ter sido aplicado a uma amostra reduzida, é uma fragilidade metodológica que indica a existência de um ponto fraco.

Como limitações foram identificados os aspetos temporais, que ameaçaram a realização das atividades planeadas, mas que foram contornados com algum esforço pessoal e profissional, sendo possível realizar com sucesso e em tempo útil as atividades planeadas inicialmente. Também devido à limitação temporal não foi possível que os documentos elaborados, como o folheto informativo e a proposta do procedimento setorial, fossem analisados e aprovados em tempo útil, aguardando-se, ainda no final do estágio, a aprovação pela enfermeira responsável para que pudesse integrar o manual de boas práticas do serviço.

Sendo a implementação de um projeto um caminho a percorrer, que não termina no final do tempo académico, julga-se que estes pontos fracos e limitações poderão ser minimizados no futuro e que esta etapa foi só o início da implementação de um projeto de melhoria de qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa em risco ou com AIQ.

3.2. Contributos para a melhoria da qualidade de cuidados

O objetivo fundamental dos cuidados de enfermagem é produzir ganhos em saúde, procurando-se “prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores” (OE, 2001, p. 11). A OE editou em 2002, revistos em 2012, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, onde define os enunciados de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: a satisfação das pessoas; a promoção da saúde; a prevenção de complicações; o bem-estar e o autocuidado das pessoas; a readaptação funcional; e a organização dos

serviços de enfermagem. Coincidentemente, Doran (2011) referiu que as principais categorias de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem são: a prevenção de complicações; os resultados clínicos e controlo de sintomas; o conhecimento relativo à doença, tratamento e gestão dos efeitos secundários; os resultados no estado de saúde ao nível físico, social, cognitivo e autocuidado das pessoas; a sua satisfação; e os custos das intervenções. A implementação deste projeto pretendeu produzir estes ganhos em saúde nas pessoas em risco ou com AIQ.

As atividades desenvolvidas foram delineadas de forma a proporcionar a satisfação da população-alvo, tendo em conta a sua individualidade, respeitando as suas capacidades, crenças, valores e desejos, adotando uma atitude empática nas interações com as pessoas e estabelecendo uma parceria no planeamento do processo de adaptação à AIQ. Tendo em vista minimizar o impacto negativo provocado por este efeito secundário, foram desenvolvidas atividades como a aplicação do instrumento de avaliação do impacto da alopecia, desenvolvidas sessões individuais de promoção de adaptação à AIQ, foram possibilitados momentos individualizados de corte do cabelo e realizada uma sessão educativa coletiva com os mesmos objetivos.

Ao nível da promoção da saúde, com a implementação deste projeto procurou-se identificar o impacto que a AIQ tinha nas pessoas e quais os seus recursos, da família e da comunidade, que poderiam promover a adaptação a este problema. Intimamente ligado, ao nível da prevenção de complicações, com a aplicação do instrumento de avaliação do impacto da alopecia, pretendeu-se identificar, tão rápido quanto possível, os potenciais problemas das pessoas relacionados com este efeito secundário, para que fossem tomadas decisões sobre as intervenções de enfermagem que contribuíssem para evitar esses mesmos problemas, utilizando a evidência científica encontrada pela realização da pesquisa bibliográfica de acordo com a metodologia da revisão *scoping* e pela experiência profissional adquirida através da observação das consultas de enfermagem e das respostas dadas aos questionários por enfermeiros com experiência na área da oncologia. Também quando necessário foi realizada a referenciação para outros profissionais da equipa multidisciplinar, como o médico assistente.

A apresentação do projeto e as sessões de formação realizadas à equipa de enfermagem sobre o tema permitiram a sua capacitação, pois os recursos humanos

são um recurso fundamental nos projetos de melhoria da qualidade de cuidados de saúde. Esta capacitação e a apresentação do projeto permitiu uma continuidade do processo de melhoria da prestação de cuidados à população-alvo.

Ao nível do enunciado de bem-estar e autocuidado considera-se que as atividades desenvolvidas permitiram capacitar as pessoas para se adaptarem à AIQ, nomeadamente com as sessões individuais e coletivas realizadas e apoiadas pelo folheto informativo elaborado, através da educação de estratégias de adaptação e de autocuidado.

Relativamente à readaptação funcional, a implementação deste projeto permitiu o ensino, a instrução e o treino das pessoas sobre a adaptação individual face à AIQ, através das sessões individuais e da sessão educativa coletiva realizadas, otimizando as capacidades das pessoas para se adaptarem a este estímulo.

Por fim, ao nível do enunciado da organização dos cuidados de enfermagem, a implementação deste projeto veio melhorar as práticas de cuidados junto da população com AIQ, ao capacitar-se a equipa para intervir de forma a promover a adaptação a este efeito secundário, tendo por base o procedimento setorial elaborado. Também a adequação das intervenções à linguagem da CIPE (ICN, 2016) permitiu uniformizar os registos de enfermagem, que não existiam até ao momento, e que futuramente se pretende que venha a ser integrado no sistema de registo informatizado da instituição. Para além disso, foi evidente durante a implementação do projeto a motivação e satisfação das equipas de enfermagem relativamente às atividades desenvolvidas e à nova abordagem a ter perante as pessoas em risco ou com AIQ, baseada na quantidade surpreendente de intervenções de enfermagem possíveis de serem realizadas junto desta população.

Assim, a implementação deste projeto pretende ser o início de uma mudança na abordagem à pessoa com AIQ, com atividades que garantam uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, quer no local de implementação, quer noutros serviços.

Nos locais de estágio A e B também foi possível deixar alguns contributos para a melhoria da prestação de cuidados a esta população, nomeadamente através da sensibilização das equipas para esta problemática, da capacitação dos enfermeiros para desenvolverem intervenções de enfermagem promotoras da adaptação das

pessoas à AIQ, tendo ficado o compromisso de, após concluído este percurso académico, seria facultado o folheto informativo elaborado.

Concluindo, após a análise efetuada, considera-se que o projeto de intervenção no âmbito das intervenções de enfermagem promotoras da adaptação da pessoa à AIQ contribuiu para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

CONCLUSÕES E TRABALHO FUTURO

A elaboração deste relatório pretendeu também dar prova dos conhecimentos adquiridos, das aprendizagens efetuadas e do desenvolvimento das competências comuns de enfermeiro especialista (OE, 2010), das competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa (Regulamento n.º188/2015), as competências preconizadas pelo *The EONS cancer nursing education framework* (EONS, 2018) e das competências do 2º ciclo do ensino superior, correspondente ao grau de mestre em enfermagem (Decreto-Lei 107/2008). “A divulgação dos resultados obtidos após a implementação de um projeto é uma fase importante” (Ruivo et al., 2010, p. 31), pelo que a redação deste relatório final teve como objetivo dar a conhecer o problema identificado, a pertinência do projeto, as atividades desenvolvidas e os resultados obtidos, para que, segundo estas mesmas autoras, a comunidade tenha conhecimento dos esforços realizado para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à população, fornecendo informação científica aos profissionais e servindo de exemplo para outras instituições.

Implementar um projeto que contribuisse para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa com AIQ foi um processo complexo, que exigiu muito empenho e motivação, dado que a evidência científica disponível, apesar de realçar o papel fundamental do enfermeiro nesta área, não disponibilizava linhas orientadoras de atuação perante esta problemática. Movida por uma impulsão pessoal e profissional, foi possível manter a motivação e a energia suficiente para implementar este projeto de intervenção, que traduzisse uma melhoria da qualidade de cuidados de enfermagem com inerentes ganhos em saúde para as pessoas com AIQ.

Identificar e mapear a evidência científica disponível, recorrendo à metodologia da revisão *scoping* (JBI, 2015), permitiu identificar 51 intervenções. Conhecer outras práticas, através da realização de estágios em 3 locais distintos, observar de forma participante e estruturada 15 consultas de enfermagem de primeira vez permitiu identificar 4 novas intervenções de enfermagem promotoras da adaptação da pessoa à AIQ. Em seguida foram aplicados questionários a 17 enfermeiros com experiência na área, acrescentando-se mais 7 intervenções, que num total de 53, após reagrupamento e tradução para linguagem da CIPE (versão 2015), foram validadas

recorrendo a um painel de 8 peritos, o que deu origem a uma lista final das 52 intervenções de enfermagem promotoras da adaptação da pessoa à AIQ. Esta metodologia permitiu o desenvolvimento de competências em métodos e técnicas de investigação, e sustentar a prestação de cuidados de enfermagem na evidência, dando visibilidade a uma prática de enfermagem avançada, em que a evidência identificada e sintetizada permitiu uma tomada de decisão sobre a prestação de cuidados de enfermagem a esta população. Também o desenvolvimento de um Procedimento Setorial, de um Folheto Informativo e a operacionalização do Programa de Cuidados Oncoestéticos “Bela-me-quero”, bem como a capacitação das equipas, proporcionou uma melhoria da prestação de cuidados a esta população

Na profissão de Enfermagem, o conhecimento obtido através da investigação proporciona o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência, obtendo-se uma melhoria da qualidade dos cuidados e ganhos em saúde para as populações (OE, 2001). A implementação deste projeto, alicerçado no modelo teórico de enfermagem de Callista Roy, o Modelo de Adaptação (Roy & Andrews, 2001), teve como finalidade obter essa mesma melhoria através da capacitação das equipas para promoverem a adaptação das pessoas à AIQ e da capacitação destas mesmas pessoas para se adaptarem a este efeito secundário, para que se sintam mais satisfeitas, readaptadas à sua nova condição de saúde, com capacidade para o autocuidado e capazes de evitar possíveis complicações decorrentes da não adaptação à AIQ.

Apesar deste relatório encerrar um importante capítulo do percurso académico “um projeto em saúde deve ser sustentável e ter a capacidade de proporcionar benefícios num prolongado período de tempo” (Ruivo et al., 2010, p. 10). Assim, a implementação deste projeto não termina aqui, ficando o compromisso pessoal e profissional de dar continuidade e consolidar este projeto, nomeadamente o Programa Cuidados Oncoestéticos “Bela-me-quero”, e de manter um papel ativo, no seio da equipa de enfermagem e multidisciplinar, realizando atividades que promovam a adaptação da pessoa à AIQ, as sessões de formação às equipas, a atualização dos documentos elaborados e a avaliação dos resultados obtidos. A nível institucional pretende-se ainda que as intervenções promotoras da adaptação da pessoa à AIQ venham a ser integradas no sistema de registo informatizado de enfermagem, para que seja possível uma uniformização dos mesmos e com isso dar visibilidade às

intervenções de enfermagem nesta área de atuação. Para além disso, perspetiva-se que no futuro, de forma a dar a conhecer o projeto desenvolvido, seja possível divulgar o Programa de Cuidados Oncoestéticos “Bela-me-quero” e os seus resultados em comunicações orais e escritas, quer a nível da instituição, quer em eventos científicos da área da oncologia, evidenciando a intervenção do enfermeiro na promoção da adaptação da pessoa à AIQ.

O planeamento e operacionalização deste projeto foi um percurso exigente, com altos e baixos, desafios e conquistas, mas que permitiu uma melhoria da qualidade de cuidados e da excelência do exercício profissional de Enfermagem, bem como o próprio desenvolvimento pessoal e profissional, em que “talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria de ser, mas graças a Deus, não sou o que era antes” (Martin Luther King).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amiel P., Dauchy S., Bodin J., Cerf C., Zenasni F., Pezant E., ... DiPalma M. (2009). Evaluating beauty care provided by the hospital to women suffering from breast cancer: qualitative aspects. *Supportive Care in Cancer*, 17, 839–845.
- Anakomi, C., Putri, A. & Pohan, L. (2018). Solution-focused brief therapy approach intervention for increasing self-esteem of young adult women with cancer who experience chemotherapy-induced alopecia. In Ariyanto *et al.* (Eds) *Diversity in unity: perspectives from psychology and behavioral sciences* (73-82). Londres: Taylor & Francis Group.
- Arksey, H. & O'Malley, L. (2005) Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. Acedido a 07.02.2018. Disponível em <http://www.journalsonline.tandf.co.uk/openurl.asp?genre=article&eissn=1464-5300&volume=8&issue=1&spage=19>.
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Almedina Brasil.
- Batchelor, D. (2001). Hair and cancer chemotherapy: consequences and nursing care – a literary study. *European Journal of Cancer Care*, 10, 147-163.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Borselino, M. & Young, M. (2010). Anticipatory coping: taking control of hair loss. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 15 (3), 311-315.
- Can, G., Yildiz, M. & EmelEmineÖzdemir, R. (2017). Supportive care for chemotherapy induced alopecia: challenges and solutions. *Clin Res Infect Dis*, 4(1), 1048.

- Carpenito, L. (2012). *Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica*. 13ªed. Porto Alegre: Artmed.
- Cho, J., Choi, E., Kim, I., Im, Y., Park, Y., Lee, ... Nam, S. (2013). Development and validation of Chemotherapy-induced Alopecia Distress Scale (CADS) for breast cancer patients. *Annals of Oncology*, 25(2), 346–351.
- Choi, E., Kim, I., Chang, O., Kang, D., Nam, S., Lee, J. & Cho, J. (2014). Impact of chemotherapy-induced alopecia distress on body image, psychosocial well-being, and depression in breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 23(10), 1103–1110.
- Chon, S., Champion, R., Geddes, E. & Rashid, R. (2012). Chemotherapy-induced alopecia. *J Am Acad Dermatol*, 67(1), 37–47.
- Cook, N. (1999). Self-concept and cancer: understanding the nursing role. *British Journal of Nursing*. 8(5). 318-324.
- Coordenação Nacional para as Doenças Oncológica (2009). Requisitos para a prestação de cuidados em oncologia. Alto Comissariado da Saúde. Acedido a 20-10-2018. Disponível em <http://www.europacoln.pt/Files/Ficheiros/PDFs/Noticias/RequisitosparaaPrestacaodeCuidadossemOncologia.pdf>
- Costa, C., Magalhães, H., Félix, R., Costa, A. & Cordeiro, S. (2005). *O Cancro e a Qualidade de vida*. Sintra: Novartis.
- Decreto-Lei n.º107/2008. Graus académicos e diplomas do ensino superior. *Diário da República I Série*, N.º121 (25-06-2008). Acedido a 15-05-2018. Disponível em <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/107/2008/06/25/p/dre/pt/html>
- Dias, V., Andrade, S., Santos, C., Oliveira, P. & Rodrigues, A. (2015). Cuidado ao idoso com duas neoplasias primárias e metástases fundamentado na teoria de Callista Roy. *Revista de Enfermagem UFPE Online*. 9(6). 8285-8294.

- Dicionário Infopédia de Termos Médicos [em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2019. Acedido a 26-01-2019. Disponível em <https://www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos/alopecia>
- Direção Geral de Saúde (2016). Portugal: doenças oncológicas em números – 2015. Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. Acedido a 02-01-2019. Disponível em <https://www.dgs.pt/...de.../portugal-doencas-oncologicas-em-numeros-2015-pdf.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2017). Programa nacional para as doenças oncológicas. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Acedido a 20-03-2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-880762-pdf.aspx?v=11736b14-73e6-4b34-a8e8-d22502108547>.
- Doran, D. (2011). *Nursing outcomes: the state of the science*. (2nd ed.). Sudbury: Jones & Bartlett Learning.
- Dougherty, L. (2007). Using nursing diagnoses in prevention and management of chemotherapy-induced alopecia in the cancer patient. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 18(4), 142-149.
- Dunnill, C., Al-Tameemi, W., Collett, A., Haslam, I. & Georgopoulos, N. (2017). A clinical and biological guide for understanding chemotherapy induced alopecia and its prevention. *The Oncologist*, 22, 1-13.
- Erol, O., Can, G. & Aydiner, A. (2011). The effects of alopecia on body image and quality of life of Turkish cancer women with/without headscarves. *Supportive Cancer Care*, 20 (10), 2349-56.
- European Oncology Nursing Society (2018). *The EONS cancer nursing education framework*. Acedido a 25-07-2018. Disponível em <http://www.cancernurse.eu/documents/EONSCancerNursingFramework2018.pdf>

- Frith, H., Harcourt, D. & Fussell, A. (2007). Anticipating an altered appearance: women undergoing chemotherapy treatment for breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 11 (5), 385–391.
- Fortin, M., Côté, J. & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Galdeano, L., Rossi, L. & Zago, M. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(3), 371-375.
- Hesketh, P., Batchelor, D., Mitch, G., Lyman, G., Rhodes, N. & Yardley, D. (2004). Chemotherapy-induced alopecia: psychosocial impact and therapeutic approaches. *Support Care Cancer*, 12, 543–549.
- International Council of Nurses (2016). *CIPE® Versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- The Joanna Briggs Institute (2015). *Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI Scoping Reviews*. Austrália: The Joanna Briggs Institute.
- Kaur, K., Sood, M., Bhagat, S., Singh, T., Jain, M., Arora, D., Sekhon, J. & Kaushal, S. (2015). Spontaneous adverse drug reaction monitoring in oncology: our experience. *Indian Journal of Cancer*, 52(3), 467-470.
- Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, confirmando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. *Diário da República I Série*, n.º181 (15-09-2015).
Acedido a 15-01-2019. Disponível em <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>

- Lemieux, J., Maunsell, E. & Provencher, L. (2008). Chemotherapy-induced alopecia and effects on quality of life among women with breast cancer: a literature review. *Psycho-Oncology*, 17, 317–328.
- McCormack, B & McCance, T. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472-479.
- McGarvey, E., Baum, L., Pinkerton, R. & Rogers, L. (2001). Psychological sequelae and alopecia among women with cancer. *Cancer Practice*, 9, 283-289.
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et al, and the PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Ann Intern Med*. 151, 264–269.
- Mulders, M., Vingerhoets, A. & Breed, W. (2008). The impact of cancer and chemotherapy: Perceptual similarities and differences between cancer patients, nurses and physicians. *Eur J Oncol Nurs*, 12(1), 97-102.
- National Cancer Institute (2017). *Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) Version 5.0*. USA: Department of Health and Human Service. Acedido a 15-05-2018. Disponível em https://ctep.cancer.gov/protocolDevelopment/electronic_applications/docs/CTCAE_v5_Quick_Reference_5x7.pdf
- National Cancer Institute (2018). *NCI dictionary of cancer terms*. USA: Department of Health and Human Service. Acedido a 26-01-2019. Disponível em <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms>
- National Comprehensive Cancer Network (2018). *NCCN distress thermometer and problem list*. Acedido a 15-01-2019. Disponível em https://www.nccn.org/patients/resources/life_with_cancer/pdf/nccn_distress_thermometer.pdf

- Nolte, S., Donnelly, J., Kelly, S., Conley, P. & Cobb, R. (2006). A randomized clinical trial of a videotape intervention for women with chemotherapy-induced alopecia: a gynecologic oncology group study. *Oncology Nursing Forum*, 33(2), 305–311.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2007b). *Resumo mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem para o Repositório central de dados da saúde*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 25-01-2019. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/rmde_indicadores-vfout2007.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pereira, R. & Alvim, N. (2015). Técnica Delphi no diálogo com enfermeiros sobre a acupuntura como proposta de intervenção de enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 19(1), 174-180.

- Pinto, K., Filho, J., Jorge, I., Avelino, A., Mota, T., Dantas, A. & Cavalcante, A. (2017). Neoplasia de células blásticas dendríticas plasmocitóides com manifestação cutânea exuberante: relato de caso. *Revista de Medicina da UFC*. 57(3), 58-61.
- Reis, A. & Gradim, C. (2018). A alopecia no câncer da mama. *Revista de Enfermagem UFPE*, 12(2), 447-455.
- Roe, H. (2011). Chemotherapy-induced alopecia: advice and support for hair loss. *British Journal of Nursing*, 20(10), 4-11.
- Roy, C. & Andrews, H. (2001). *Teoria da Enfermagem – O modelo de adaptação de Roy*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Rosman, S. (2004). Cancer and stigma: experience of patients with chemotherapy-induced alopecia. *Patient Educ Couns*, 52, 333–339.
- Rubio-Gonzalez, B., Juhász, M., Fortman, J. & Mesinkovska, N. (2018). Pathogenesis and treatment options for chemotherapy-induced alopecia: a systematic review. *International Journal of Dermatology*, 57, 1417-1424.
- Ruivo, M., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, 15, 3-37.
- Rycroft-Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A. & McCormack, B. (2004). What counts as evidence in evidence-based practice? *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), 81-90.
- Santos, E. & Fernandes, A. (2004). Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Referência*. 4, 59-62.
- Sotomayor, A., Rodrigues, J., & Duarte, M. (2013). *Princípios de Gestão nas Organizações* (1.^a ed.): Oeiras: Letras e Conceitos.

- Taggart, L., Ozolins, L., Hardie, H. & Nyhof-Young, J. (2009). Look good feel better workshops: a “big lift” for women with cancer. *Journal of Cancer Education*, 24(2), 94–99.
- Trueb, R. (2009). Chemotherapy induced alopecia. *Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery*, 28, 11-14.
- Tomey, A. & Alligood, M. (2004). Significado da teoria para a enfermagem, enquanto disciplina e profissão. In A. M Tomey & M. R. Alligood, *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem* (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- The Joanna Briggs Institute (2015). *The Joanna Briggs Institute reviewers’ manual 2015: Methodology for JBI scoping reviews*. Australia: The Joanna Briggs Institute. Acedido a 02.02.2018. Disponível em https://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf
- Varela, M. & Leal, I. (2007). Estratégias de coping em mulheres com cancro da mama. *Análise Psicológica*. 3 (XXV), 479-488
- Vilela, J. (2017). *Investigação: o processo de construção do conhecimento*. (2ªed). Lisboa: Edições Sílabo.
- Zannini, L., Verderame, F., Cucchiara, G., Zinna, B., Alba, A. & Ferrara, M. (2012). “My wig has been my journey’s companion”: perceived effects of an aesthetic care programme for Italian women suffering from chemotherapy-induced alopecia. *European Journal of Cancer Care*, 21(5), 650–660.
- World Health Organisation (1979). *Handbook for reporting results of cancer treatment*. Geneva: WHO Offset Publ.

APÊNDICES

**APÊNDICE I – Questionário de sondagem de opinião à
equipa de enfermagem**

A intervenção do enfermeiro na promoção da adaptação à alopecia induzida por quimioterapia

Caro(a) Enfermeiro(a)

O presente questionário insere-se no projeto do 9º curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização de Enfermagem Oncológica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, que se intitula “A intervenção do enfermeiro na promoção da adaptação à alopecia induzida por quimioterapia”.

É importante conhecer a opinião da equipa de enfermagem relativamente à pertinência da temática. Deste modo, é-lhe solicitado que responda às seguintes questões, sendo desde já garantida o anonimato e confidencialidade dos seus dados.

Grata pela sua colaboração
Rita Carvalho

OK

1. Idade

- ☐ Menos de 18
- ☐ 18 a 29
- ☐ 30 a 44
- ☐ 45 a 59
- ☐ Acima de 60

2. Género

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino

3. Qual a sua formação académica?

- ☐ Licenciatura ☐ Mestrado
- ☐ Formação não académica ☐ Doutoramento
- ☐ Especialidade
- ☐ Outro (especifique)

4. Experiência profissional

0 anos 40

5. Experiência na área da Oncologia

0 anos 40

6. Considera que intervém de forma a promover a adaptação da pessoa em risco ou com alopecia induzida por quimioterapia?

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Sem opinião

7. Sente necessidade de aprofundar conhecimentos e desenvolver competências no âmbito das intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à alopecia induzida por quimioterapia?

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Sem opinião

8. Considera pertinente um projeto de melhoria de cuidados perante a problemática da alopecia induzida por quimioterapia, junto da população a que presta cuidados?

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Sem Opinião

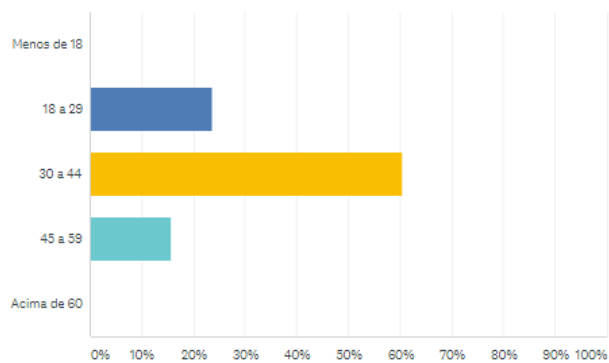
9. Comentários/ Sugestões:

Concluído

**APÊNDICE II – Tratamento de dados dos questionários
da sondagem de opinião**

1. Idade

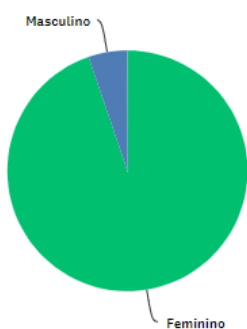
Answered: 38 Skipped: 0



OPÇÕES DE RESPOSTA	RESPOSTAS	
▼ Menos de 18	0,00%	0
▼ 18 a 29	23,68%	9
▼ 30 a 44	60,53%	23
▼ 45 a 59	15,79%	6
▼ Acima de 60	0,00%	0
TOTAL		38

2. Género

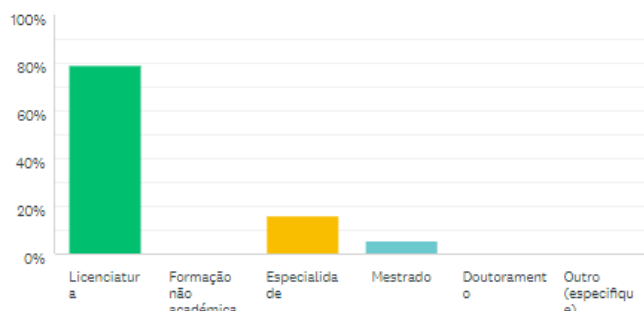
Answered: 38 Skipped: 0



OPÇÕES DE RESPOSTA	RESPOSTAS	
▼ Feminino	94,74%	36
▼ Masculino	5,26%	2
TOTAL		38

3. Qual a sua formação académica?

Answered: 38 Skipped: 0



OPÇÕES DE RESPOSTA	RESPOSTAS	
▼ Licenciatura	78,95%	30
▼ Formação não académica	0,00%	0
▼ Especialidade	15,79%	6
▼ Mestrado	5,26%	2
▼ Doutoramento	0,00%	0
▼ Outro (especifique)	0,00%	0
TOTAL		38

4. Experiência profissional

Answered: 37 Skipped: 1

OPÇÕES DE RESPOSTA	NÚMERO MÉDIO	NÚMERO TOTAL	RESPOSTAS
Respostas	12	451	37
Total de respondentes: 37			

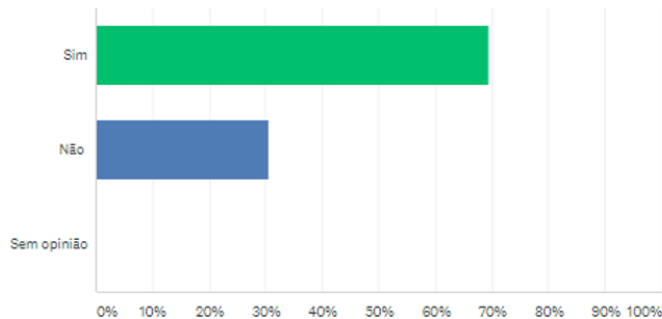
5. Experiência na área da Oncologia

Answered: 38 Skipped: 0

OPÇÕES DE RESPOSTA	NÚMERO MÉDIO	NÚMERO TOTAL	RESPOSTAS
Respostas	10	369	38
Total de respondentes: 38			

6. Considera que intervém de forma a promover a adaptação da pessoa em risco ou com alopecia induzida por quimioterapia?

Answered: 36 Skipped: 2



OPÇÕES DE RESPOSTA	RESPOSTAS	
Sim	69,44%	25
Não	30,56%	11
Sem opinião	0,00%	0
TOTAL		36

7. Sente necessidade de aprofundar conhecimentos e desenvolver competências no âmbito das intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à alopecia induzida por quimioterapia?

Answered: 36 Skipped: 2

OPÇÕES DE RESPOSTA	RESPOSTAS	
Sim	100,00%	36
Não	0,00%	0
Sem opinião	0,00%	0
TOTAL		36

8. Considera pertinente um projeto de melhoria de cuidados perante a problemática da alopecia induzida por quimioterapia, junto da população a que presta cuidados?

Answered: 37 Skipped: 1

OPÇÕES DE RESPOSTA	RESPOSTAS	
Sim	100,00%	37
Não	0,00%	0
Sem Opinião	0,00%	0
TOTAL		37

9. Comentários/ Sugestões:

<input type="checkbox"/>	É muito importante ter folhetos informativos de materiais como lenços, próteses capilares, para divulgar, melhor seria ensinar a utilizar com demonstração	04/01/2019 18:16	Visualizar as respostas do respondente	Adicionar tags ▼
<input type="checkbox"/>	Criar um folheto de opções acerca de lenços e perucas bem como alguns locais onde as pessoas possam arranjar :)	02/01/2019 23:22	Visualizar as respostas do respondente	Adicionar tags ▼
<input type="checkbox"/>	Esta temática torna se premente pelo impacto que a alopecia poderá ter o doente. Minimizar efeitos dentro de tantos outros. Promover verdadeira qualidade de cuidados em todas as vertentes essa é a essência da enfermagem!!	31/12/2018 18:26	Visualizar as respostas do respondente	Adicionar tags ▼
<input type="checkbox"/>	Aplicação de um questionário aos doentes sobre a importância do cabelo na percepção que têm deles próprios, no papel que o cabelo representa no que julgam ser a percepção dos outros sobre eles e sobre o tempo que demoram a assumir o seu novo aspeto. Seria interessante saber se o recurso às próteses capilares é escolha deles ou uma cedência aos familiares que nao conseguem lidar com a sua alopecia (marido, filhos, pais,...)e a imagem social que transmite			
<input type="checkbox"/>	Como profissional é importante desenvolver estratégias para dar resposta as pessoas com alopecia..como alternativas que promovam melhor auto-imagem..por exemplo onde podem procurar perucas, lenços, fornecedores/lojas que estão disponíveis..etc	30/12/2018 21:57	Visualizar as respostas do respondente	Adicionar tags ▼
<input type="checkbox"/>	Tema bastante pertinente em área desvalorizada pelos profissionais. Existência de workshops seria uma mais valia	30/12/2018 21:56	Visualizar as respostas do respondente	Adicionar tags ▼
<input type="checkbox"/>	Muito pertinente.	30/12/2018 21:21	Visualizar as respostas do respondente	Adicionar tags ▼

No campo “Comentários e Sugestões” emergiram 7 respostas com dados que foram analisados de acordo por análise de conteúdo, segundo Bardin (2016). Dos comentários feitos, 3 são relativos à “pertinência” do tema e 1 à sua “importância”. Surgiram várias sugestões para minimizar a problemática como, 2 sugerem a existência de “folhetos informativos sobre os dispositivos de reabilitação da imagem” e sobre os “recursos da comunidade onde os adquirir”, 1 sugere a “realização de sessões educativas”, 2 pedem “sessões demonstrativas”. Só 1 enfermeiro pede “a aplicação de um instrumento de avaliação sobre o impacto da AIQ na vida das pessoas”.

APÊNDICE III – Análise SWOT



Fonte: Sotomayor, Rodrigues & Duarte, 2013.

APÊNDICE IV – Cronograma de atividades

A intervenção do enfermeiro na promoção da adaptação à alopecia induzida por quimioterapia

Objetivos específicos	Ano	2018												2019							
	Mês	outubro						novembro				dezembro		janeiro				fevereiro			
	Atividades	24 a 28	01 a 05	08 a 12	15 a 19	22 a 26	29 a 02	05 a 09	12 a 16	19 a 23	26 a 30	03 a 07	10 a 14	17 a 02	03 a 04	07 a 11	14 a 18	21 a 25	28 a 01	04 a 08	11 a 01
Dar a conhecer à equipa de enfermagem os objetivos e as atividades para a implementação do projeto	Realização de uma reunião com a enfermeira responsável do serviço e a enfermeira orientadora em cada local de estágio para apresentação e validação do projeto																				
	Realização de sessão de apresentação do projeto à equipa de enfermagem																				
Conhecer a estrutura organizacional e o funcionamento do contexto clínico, de forma a promover a integração na equipa multidisciplinar do serviço	Questionamento aos enfermeiros dos contextos clínicos																				
	Observação dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem																				
	Consulta de documentos relacionados com a estrutura organizacional e funcional do contexto clínico, e de práticas relacionadas com a AIQ																				
Identificar a evidência científica sobre as intervenções de enfermagem adequadas para promover a adaptação da pessoa em risco e com AIQ,	Realização de um protocolo de revisão <i>scoping</i> sobre as intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à AIQ																				
	Sintetização das intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à AIQ descritas na literatura																				

A intervenção do enfermeiro na promoção da adaptação à alopecia induzida por quimioterapia

[illegible]

A intervenção do enfermeiro na promoção da adaptação à alopecia induzida por quimioterapia

[illegible]

A intervenção do enfermeiro na promoção da adaptação à alopecia induzida por quimioterapia

[illegible]

Legenda		Nº.de horas
	Hospital de dia de um instituto de oncologia	128 h
	Hospital de dia hemato-oncológico num centro hospitalar universitário	144 h
	Serviço de Hematologia Clínica	176 h
	Elaboração do Relatório de Estágio	

APÊNDICE V – Planeamento das atividades

Finalidade: Implementar um projeto de melhoria da qualidade de cuidados de enfermagem à pessoa em risco ou com AIQ, com resultados positivos para a população-alvo, os profissionais e as instituições, e permitindo o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre em enfermagem oncológica.

Objetivos Gerais:

1. Aprofundar conhecimentos sobre as intervenções de enfermagem que promovem a adaptação da pessoa à AIQ, de forma a permitir o desenvolvimento de competências técnico-científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados a esta população;
2. Promover a melhoria da qualidade de cuidados de enfermagem à pessoa com doença hemato-oncológica em risco ou com AIQ, avaliando o seu impacto nas diversas dimensões da pessoa e planeando os cuidados que promovam a adaptação a este efeito secundário, capacitando a equipa de enfermagem para executar essas intervenções.

Locais de Estágio	Objetivos Específicos	Atividades e Métodos	Meios e Recursos	Resultados esperados/ Indicadores de avaliação	Domínio de Competências
	Dar a conhecer à equipa de enfermagem os objetivos e as atividades para a implementação do projeto	Realização de uma reunião com a enfermeira responsável do serviço e a enfermeira orientadora em cada local de estágio para apresentação e validação do projeto	- Materiais: Computador Projetor Pesquisa bibliográfica em bases de dados científica - Humanos: Enfermeira responsável Enfermeira orientadora Docente orientadora Equipa de Enfermagem - Temporais: De acordo com cronograma	- Realiza reunião com a enfermeira responsável do serviço e com a enfermeira orientadora de cada local de estágio; - Obtém um parecer positivo para a realização das atividades planeadas e implementação do projeto; - Realiza uma sessão de apresentação do projeto - Participação de mais de 70% da equipa de enfermagem	OE, 2010: B2 EONS, 2018: Módulo 6 Decreto-Lei 107/2008: M4

A intervenção do enfermeiro na promoção da adaptação à alopecia induzida por quimioterapia

	Conhecer a estrutura organizacional e o funcionamento do contexto clínico, de forma a promover a integração na equipa multidisciplinar do serviço	Questionamento aos enfermeiros dos contextos clínicos	<p>- Materiais: Computador Documentos, normas e protocolos dos serviços</p> <p>- Humanos: Enfermeira orientadora Docente orientadora Equipa de Enfermagem</p> <p>- Temporais: De acordo com cronograma</p>	- Elabora um documento de caracterização e análise crítica da estrutura organizacional e funcional dos contextos de estágio;	OE, 2010: A1. B2, B3 EONS, 2018: Módulo 6
		Observação dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem			
		Consulta de documentos relacionados com a estrutura organizacional e funcional do contexto clínico, e de práticas relacionadas com a AIQ			
	Identificar a evidência científica sobre as intervenções de enfermagem adequadas para promover a adaptação da pessoa em risco e com AIQ, referida	Realização de um protocolo de revisão <i>scoping</i> sobre as intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à AIQ	<p>- Materiais: Computador Pesquisa bibliográfica em bases de dados científica</p> <p>- Humanos: Enfermeira orientadora Docente orientadora Equipa de Enfermagem</p>	- Elabora um protocolo de revisão <i>scoping</i> sobre as intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à AIQ	OE, 2010: D2 EONS, 2018: Módulo 8 Decreto-Lei 107/2008: M1

	na literatura científica.	Sintetização das intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à AIQ descritas na literatura	- Temporais: De acordo com cronograma	Elabora um documento com a síntese das intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à AIQ	
	Identificar as intervenções de enfermagem perante a pessoa com AIQ, através da observação estruturada e participante de consultas de enfermagem e dos dados obtidos através da aplicação de questionários aos enfermeiros com experiência na área	Elaboração de uma grelha observação, em versão teste, das intervenções de enfermagem utilizadas pela equipa de enfermagem nas consultas de hospital de dia à pessoa com risco ou com AIQ	- Materiais: Computador Pesquisa bibliográfica em bases de dados científica	- Elabora uma grelha de observação das intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à AIQ	OE, 2010: D2
		Realização de pré-teste da grelha de observação elaborado, em pelo menos duas consultas de enfermagem	- Humanos: Enfermeira orientadora Docente orientadora Equipa de Enfermagem	- Realiza o pré-teste da grelha de observação elaborada em, pelo menos, duas consultas de enfermagem	EONS, 2018: Módulo 8
		Observação (estruturada, participante) das intervenções de enfermagem perante a pessoa com AIQ	- Temporais: De acordo com cronograma	- Recolhe dados das intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à AIQ nas consultas de enfermagem através da grelha de observação	Decreto-Lei 107/2008: M1
			- Materiais: Computador Grelha de observação elaborada		OE, 2010: A2, B3




			<ul style="list-style-type: none"> - Humanos: Enfermeira orientadora Docente orientadora Equipa de Enfermagem - Temporais: De acordo com cronograma 	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza o tratamento de dados recolhidos 	
		Elaboração de um questionário para os enfermeiros sobre a sua prática de cuidados perante a pessoa com risco ou com AIQ.	<ul style="list-style-type: none"> - Materiais: Computador 	<ul style="list-style-type: none"> - Elabora e testa um questionário sobre as intervenções de enfermagem na promoção da adaptação à AIQ 	OE, 2010: D2 EONS, 2018: Módulo 8
		Realização do pré-teste do questionário a pelo menos três enfermeiros com experiência na área da oncologia.	<ul style="list-style-type: none"> - Humanos: Enfermeira orientadora Docente orientadora Equipa de Enfermagem 		
		Elaboração de um modelo de Consentimento Informado para os questionários a realizar	<ul style="list-style-type: none"> - Temporais: De acordo com cronograma 	<ul style="list-style-type: none"> - Elabora um modelo de Consentimento Informado 	
		Realização de questionários aos enfermeiros sobre a sua prática de cuidados perante a pessoa com AIQ	<ul style="list-style-type: none"> - Materiais: Computador Questionários elaborados - Humanos: Enfermeira orientadora Docente orientadora Equipa de Enfermagem - Temporais: De acordo com cronograma 	<ul style="list-style-type: none"> - Aplica os questionários elaborados a enfermeiros com experiência na área da hemato-oncologia; - Realizar o tratamento das respostas aos questionários por análise temática segundo Bardin (2016) 	Decreto-Lei 107/2008: M1
	Sintetizar as intervenções de enfermagem	Realização da síntese das intervenções de enfermagem promotoras da adaptação AIQ,	<ul style="list-style-type: none"> - Materiais: Computador 	<ul style="list-style-type: none"> - Elabora um documento de síntese das intervenções de enfermagem promotoras da 	OE, 2010: D2




A intervenção do enfermeiro na promoção da adaptação à alopecia induzida por quimioterapia

	promotoras da adaptação da pessoa em risco ou com AIQ	identificadas através das atividades realizadas anteriormente	CIPE® versão 2015 - Humanos: Enfermeira responsável Enfermeira orientadora Docente orientadora Grupo de peritos - Temporais: De acordo com cronograma	adaptação à AIQ, identificadas nas etapas anteriores, com linguagem adequada à CIPE® versão 2015	EONS, 2018: Módulo 8 Decreto-Lei 107/2008: M1, M3
		Adequação da linguagem das intervenções de enfermagem identificadas à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)		- Define os critérios de inclusão e convida enfermeiros a pertencer a um painel de peritos; - Define níveis de consenso para as intervenções identificadas; - Elabora um documento de análise dos consensos obtidos pelo painel de peritos;	
	Implementar intervenções de enfermagem promotoras da adaptação da pessoa em risco ou com AIQ, com base na evidência identificada	Realização de consultas de enfermagem a pessoas que necessitem de se adaptar aos efeitos secundários induzidos pelos tratamentos de QT, nomeadamente a alopecia.	- Materiais: Computador Instrumento de avaliação elaborado Projetor Diapositivos da sessão Instrumento de avaliação da sessão - Humanos: Enfermeira orientadora Docente orientadora Equipa de Enfermagem Pessoas em risco ou com alopecia, e família	- Realizada, pelo menos, dez consultas de enfermagem a pessoas em risco de AIQ, desenvolvendo intervenções promotoras da adaptação à AIQ;	OE, 2010: A1, A2, B3, C1, D1, D2 OE, 2015: L5 EONS, 2018: Módulo 3, 4 e 6
		Elaboração de um instrumento de avaliação do impacto da AIQ		- Elabora um instrumento de avaliação do impacto da AIQ	OE, 2010: B2, D2 EONS, 2018: Módulo 7 e 8 Decreto-Lei 107/2008: M1, M2 e M3
		Aplicação o instrumento de avaliação, a pelo menos três		- Aplica o instrumento de avaliação do impacto da AIQ, pelo menos a	EO, 2010: A1, A2, B3, C1

	peças com esta problemática	- Temporais: De acordo com cronograma	três peças com esta problemática;	OE, 2015: L5 EONS, 2018: Módulo 3, 4 e 6
	Elaboração de uma proposta de procedimento setorial sobre a intervenção do enfermeiro para a promoção da adaptação à AIQ, no contexto de intervenção		- Elabora uma proposta de procedimento setorial para aplicar no local de intervenção sobre a promoção da adaptação à AIQ;	OE, 2010: D2 EONS, 2018: Módulo 8 Decreto-Lei 107/2008: M1, M3
	Planeamento dos objetivos, metodologia, instrumentos e recursos necessários para a realização de um programa de cuidados de enfermagem à pessoa com AIQ.		- Elabora um documento com a proposta de um programa de cuidados de enfermagem promotores da adaptação à AIQ, incluindo os objetivos, metodologia e recursos necessários para a implementação do mesmo;	OE, 2010: A2, B2, C1 e D2 EONS, 2018: Módulo 7 e 8 Decreto-Lei 107/2008: M1, M2 e M3
	Realização de sessões educativas para a pessoa e família, que promovam a adaptação à AIQ		- Realiza, pelo menos, uma sessão educativa a pessoas em risco ou com AIQ, sobre a adaptação a este efeito secundário;	OE, 2010: A1, A2, B2, C1 e D2 OE, 2015: L5
	Aplicação de questionário de satisfação junto da população-alvo		- Aplica um questionário de satisfação sobre a sessão; - Obtém uma avaliação positiva sobre a sessão educativa;	EONS, 2018: Módulo 3, 4, 5, 6 e 7
	Elaboração de um estudo de caso significativo, relacionado com a intervenção do enfermeiro perante uma pessoa com AIQ.		- Elabora, pelo menos, um estudo de caso de uma pessoa em risco de AIQ, identificando as suas necessidades e problemas de adaptação;	OE, 2010: A1, A2, B3, C1, D2 OE, 2015: L5

A intervenção do enfermeiro na promoção da adaptação à alopecia induzida por quimioterapia

  					<i>EONS</i> , 2018: Módulo 1, 2, 4 e 6
		Prestação de cuidados de enfermagem que deem resposta às preocupações/problemas identificados pelas pessoas		- Participa na prestação de cuidados à pessoa em risco ou com AIQ;	OE, 2010: A1, A2, B3, C1, D1, D2 OE, 2015: L5 <i>EONS</i> , 2018: Módulo 3, 4 e 6
		Realização de sessão de formação à equipa de enfermagem sobre as intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à AIQ	- Materiais: Computador Projetor Dispositivos da sessão - Humanos: Enfermeira responsável Enfermeira orientadora Docente orientadora Equipa de Enfermagem - Temporais: De acordo com cronograma	- Realiza, pelo menos, uma sessão de formação à equipa de enfermagem sobre as intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à AIQ; - Obtêm mais de 50% da participação da equipa de enfermagem;	OE, 2010: A2, B2, C1, D1 e D2 OENS, 2018: Módulo 6, 7 e 8 Decreto-Lei 107/2008: M1, M2, M3 e M4

Legenda		Nº de horas
	Hospital de dia de um instituto de oncologia	128 h
	Hospital de dia hemato-oncológico num centro hospitalar universitário	144 h
	Serviço de Hematologia Clínica	176 h

Domínio de Competências
Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010): <ul style="list-style-type: none">A. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal:<ul style="list-style-type: none">A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;B. Domínio da melhoria da qualidade:<ul style="list-style-type: none">B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro;C. Domínio da gestão de cuidados:<ul style="list-style-type: none">C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;D. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais:<ul style="list-style-type: none">D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;D2. Baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento;
Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (OE, 2015) <ul style="list-style-type: none">- L5. Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida;
Competências do <i>The EONS cancer nursing education framework</i> (EONS, 2018) Módulo 2: Fisiopatologia do cancro e os princípios da tomada de decisão no tratamento <ul style="list-style-type: none">1. Apoia a pessoa e realiza avaliações iniciais abrangentes e contínuas;2. Proporciona um ambiente favorável à partilha de preocupações e expressão de preferências em relação à tomada de decisão; Módulo 3: Tratamento do cancro, segurança do doente e ocupacional <ul style="list-style-type: none">1. Fornece informações em diferentes formatos e explica a um ritmo adequado, a variedade de tratamentos, envolvendo a pessoa no processo de tomada de decisão;2. Defende e promove o envolvimento da pessoa na tomada de decisão sobre o tratamento, cuidados e gestão da doença;3. Educa a pessoa para monitorizar e relatar os sinais de toxicidades agudas, crónicas e tardias do tratamento;4. Usa intervenções baseadas na evidência para avaliar, prevenir e gerir toxicidades do tratamento; Módulo 4: Apoiar as pessoas que vivem com, através e além do cancro

1. Usa intervenções baseadas na evidência para avaliar, prevenir e gerir as consequências físicas, psicológicas, sociais e existenciais do cancro;
2. Desenvolve um plano individualizado em colaboração com o doente;
3. Identifica e utiliza intervenções apropriadas de informação, educação e apoio, alinhadas com as necessidades e estilos de vida da pessoa;
4. Demonstra consciencialização sobre os diversos serviços de profissionais, incluindo outras organizações;
5. Fornece informações a pessoa para promover e apoiar o autocuidado e a autogestão, possibilitando a sua independência;
6. Procura apoio emocional e de desenvolvimento; apoia ativamente os colegas e atua como modelo;

Módulo 6: Comunicação

1. Utiliza efetivamente os modelos de comunicação verbal, escrita e digital para fornecer informações, educação e apoio de forma enfática, clara, compreensível e atenciosa, mantendo a confidencialidade;
2. Seleciona e adota uma abordagem de comunicação apropriada para avaliar as necessidades de cuidados de informação, educação e de apoio da pessoa ao longo da trajetória da doença;
3. Avalia e aborda qualquer barreira relacionada com a pessoa, relacionadas com o enfermeiro ou o ambiente, para uma comunicação eficaz;
4. Escolhe de forma apropriada um conjunto de habilidades e estilos de comunicação, a fim de promover trocas de informação clara e não ambíguas com outros profissionais de saúde;
5. Demonstra alfabetização emocional, habilidades reflexivas, empatia apropriada e competência social;
6. Reconhece as próprias necessidades emocionais e atua de acordo, procurando ajuda para evitar o esgotamento;

Módulo 7: Liderança e gestão em Enfermagem oncológica

1. Usa estratégias apropriadas de liderança e de gestão para praticar e avaliar o impacto dessas estratégias sobre as pessoas e outros profissionais de saúde;
2. Atua de acordo com os princípios legais, éticos e profissionais, a fim de prestar cuidados seguros e eficazes;
3. Demonstra evidência de autodesenvolvimento e resiliência emocional;

Módulo 8: Utilização de pesquisa e evidência no tratamento do cancro

1. Justifica as suas intervenções com a evidência disponível;
2. Identifica os pontos fortes e as limitações das diferentes metodologias de pesquisa utilizadas;
3. Recupera artigos científicos de alta qualidade e diretrizes baseadas em evidência relevante para o tratamento do cancro e a enfermagem oncológica, formulando perguntas de pesquisa eficazes e utilizando estratégias de pesquisa eficazes;
4. Aplica apropriadamente recomendações baseadas na evidência na área clínica, considerando os pontos fortes e as limitações das pesquisas

Graus acadêmicos e diplomas do ensino superior - Regulamento de Mestrados (Decreto-Lei 107/2008)

- M1. Possui conhecimentos e capacidade de compreensão, desenvolvendo e aprofundados conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, e que permitam e constituam uma base de desenvolvimentos e aplicações originais, por exemplo em contexto de investigação;
- M2. Sabe aplicar conhecimentos e capacidade de compreensão e de resolução de problemas em novas situações, em contextos alargados e multidisciplinares, dentro da sua área de estudo;
- M3. Tem capacidade de integrar os conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver situações ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções;
- M4. É capaz de comunicar as suas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialista, de forma clara e sem ambiguidades;
- M5. Desenvolve competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado e autónomo

**APÊNDICE VI – Pesquisa bibliográfica utilizando a
metodologia de revisão *scoping***

INTERVENÇÕES PARA A PROMOÇÃO DA ADAPTAÇÃO DA PESSOA À ALOPÉCIA INDUZIDA POR QUIMIOTERAPIA

BACKGROUND

Nos últimos anos tem-se verificado um aumento de cerca de 3% da incidência das doenças oncológicas em Portugal, acompanhando o resto da Europa, o que se deve ao envelhecimento da população, ao aumento das taxas de sucesso no tratamento destas doenças e às modificações dos estilos de vida (Direção Geral de Saúde, 2017). O Projeto GLOBOCAN 2018 (segundo o site oficial da *International Agency for Research on Cancer*) estimou para 2018 haver cerca de 18.078.957 de novos casos de cancro em todo o mundo, sendo os mais prevalentes o cancro do pulmão, da mama, da próstata e o carcinoma do cólon. Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS) o número de novos casos de cancro em 2015 ultrapassaram os 50.000 casos (DGS, 2017), sendo os principais tumores malignos em território nacional, no ano de 2010, o cancro da próstata, mama e cólon, com um inerente aumento do consumo de AAN (DGS, 2016).

A acompanhar este aumento tem-se verificado um crescente número de opções terapêuticas para o controlo das doenças oncológicas, e a quimioterapia (QT) continua a ser uma das modalidades terapêuticas muito utilizada. Este tipo de tratamento tem diversos efeitos secundários sendo os principais as náuseas, os vómitos, a astenia, a anorexia, a alopecia e a neuropatia periférica (Cho et al., 2013). Dentro destes, muitos autores descrevem a alopecia como um dos efeitos secundários mais temido e traumático para a pessoa submetida a QT (Batchelor, 2001; Rosman, 2004; Lemieux, Maunsell & Provencher, 2008; Trueb, 2008; Erol, Can & Aydiner, 2011; Chon, Champion, Geddes & Rashid, 2012; Dua, Heiland, Kracen & Deshields, 2015). A alopecia induzida por quimioterapia (AIQ) pode causar alterações na autoimagem, baixa autoestima, diminuição da sensação de bem-estar, ansiedade e depressão (Hesketh, Batchelor, Mitch, Lyman, Rhodes & Yardley, 2004). Estas alterações tem um impacto significativo na sua qualidade de vida e, apesar de não ser um efeito secundário que coloque em risco a vida da pessoa, pode causar sofrimento emocional, problemas pessoais, sociais e profissionais (Can, Yildiz &

EmelEmineÖzdemir, 2017), alterar a adesão da pessoa aos tratamentos, a sua estabilidade psicossocial, produtividade e satisfação pessoal (Chone t al, 2012).

O impacto da AIQ é muito maior para a pessoa do que o esperado pelos profissionais de saúde (Mulders, Vingerhorts & Breed, 2008). No estudo realizado por estes autores, foi pedido a sobreviventes de cancro da mama, médicos e enfermeiros, que enumerassem os efeitos secundários da QT por ordem de importância, e a AIQ foi um dos itens subestimados por médicos e enfermeiros face à importância atribuída pelas pessoas com doença oncológica.

A AIQ sendo um dos efeitos secundários mais traumático dos tratamentos da doença oncológica, tal como supracitado, ameaça a integridade física e psicológica da pessoa, afetando o modo como a pessoa percebe o seu ser e o meio que a rodeiam. O conceito de adaptação como eixo orientador para a prática de enfermagem, é defendido por Roy e Andrews (2001) como um processo e resultado através do qual as pessoas integram nos seus processos mentais as alterações que podem decorrer de uma doença oncológica. A adaptação implica, assim, uma interação entre a pessoa e o mundo, havendo uma adequação a determinado contexto. A AIQ surge como um efeito negativo decorrente dos tratamentos antineoplásicos, em que a pessoa tem a necessidade de aprender a lidar, na tentativa de restabelecer um equilíbrio entre o antes e o agora, entre si e o meio. Para tal, é necessário o desenvolvimento de estratégias que permitam o ajuste à nova realidade.

A evidência científica descreve o impacto negativo deste efeito secundário e a importância do papel dos profissionais de saúde para minimizar este impacto, porém, analisando e refletindo sobre os cuidados prestados nos contextos clínicos verifica-se uma grande lacuna na atenção dada a este efeito secundário, não existindo linhas orientadoras das estratégias e intervenções que promovam a adaptação a este efeito secundário. Realizando uma pesquisa inicial nas bases de dados *The JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, na *Cochrane Library*, MEDLINE e CINAHL verificou-se de que não existia uma revisão literária sobre o tema, pelo que se avançou com a realização deste protocolo de revisão *scoping*, com o objetivo de identificar e mapear a evidência científica existente sobre esta temática, com utilidade prática para os profissionais de saúde que atuem na área da oncologia.

QUESTÃO DE REVISÃO/ OBJETIVOS

Os objetivos desta pesquisa bibliográfica, utilizando a metodologia da revisão *scoping* são mapear a evidência científica disponível sobre as intervenções promotoras da adaptação da pessoa com doença oncológica à AIQ e identificar futuras áreas de investigação nesta área.

Para dar resposta a este objetivo e de forma a guiar esse caminho, definiu-se a questão de investigação que pretendeu orientar o desenvolvimento dos critérios de inclusão da revisão ao incluir os diferentes elementos da mnemónica “PCC” (População, Conceito e Contexto). Pretende-se, assim, que seja uma questão clara, que facilite a pesquisa da evidência e que permita o desenvolvimento de uma revisão clara. Nesta revisão, a população é representada pela pessoa com doença oncológica, o conceito refere-se às intervenções promotoras da adaptação à AIQ e o contexto integra a prestação de cuidados nos diferentes contextos (hospital, ambulatório, domicílio ou outros).

População	Pessoa com doença oncológica
Conceito	Intervenções promotoras da adaptação à AIQ
Contexto	Hospital, ambulatório, domicílio ou outros

Para a elaboração desta pesquisa bibliográfica utilizando a metodologia da revisão *scoping*, a mnemónica “PCC” traduz-se na seguinte questão de revisão: *“Quais as intervenções que promovem a adaptação da pessoa à alopecia induzida por quimioterapia?”*.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

No quadro n.º 1 são apresentados os critérios de inclusão e exclusão utilizados na seleção dos textos nesta pesquisa, relativos aos participantes, conceito, contextos, tipos de fonte, data da publicação, idioma e disponibilidade do texto.

Quadro n.º1 - Critérios de inclusão e exclusão para a seleção de textos da pesquisa

Critérios de seleção		
	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Participantes	Pessoa com doença oncológica em risco e/ou com AIQ (com idade superior a 18 anos), de ambos os sexos.	Participantes com idade inferior a 18 anos e com alopecia não relacionada com tratamentos de QT.
Conceito	Intervenções que promovam a adaptação da pessoa à AIQ.	Intervenções preventivas relativas à AIQ
Contexto	Todos os tipos de contexto (internamento, ambatório, cuidados domiciliários ou outros) independente dos contextos sociais, culturais ou geográficos.	
Tipos de fonte	Todo o tipo de literatura existente (revisões de literatura, estudos qualitativos, quantitativos ou mistos publicados ou não publicados; teses de mestrado e doutoramento, opiniões de peritos, reflexões críticas, diretrizes, relatórios, estudos de caso ou outros).	
Data de publicação	Entre janeiro de 2010 e dezembro de 2018.	Anterior a janeiro de 2010.
Idioma	Português, inglês e espanhol.	Artigos cujo idioma não seja português, inglês ou espanhol.
Disponibilidade	<i>Full text.</i>	Ausência de <i>full text.</i>

ESTRATÉGIA DE PESQUISA

A estratégia de pesquisa utilizada teve como objetivo encontrar os textos publicados e não publicados que dessem resposta à questão de pesquisa: “*Quais as intervenções que promovem a adaptação da pessoa à alopecia induzida por quimioterapia?*”.

Em relação aos artigos publicados recorreu-se à plataforma agregadora de bases de dados EBSCOhost, realizando-se a pesquisa em três etapas. Inicialmente, foi realizada uma pesquisa nas bases de dados *MEDLINE with Full Text* e *CINAHL Plus with Full Text* utilizando as palavras em linguagem natural referentes aos critérios de inclusão. Analisando os títulos e resumos de cada documento, foram identificados como palavras-chave ou termos de pesquisa: *cancer patient; interventions, adaptation, alopecia e chemotherapy*. Na fase seguinte, utilizaram-se os termos indexados no sistema *CINAHL Headings* e no *MeSH* da *MEDLINE*, e operacionalizaram-se estes descritores com as expressões booleanas AND e OR, que foram introduzidos em seis bases de dados: *CINAHL Plus with Full Text, Cochrane Data Base of Systematic Review, MEDLINE with Full Text, Psychology, Behavioral Sciences Collection, Scopus* e *JB I Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, obtendo-se 255 registos cujo histórico de pesquisa se encontra em apêndice (Apêndice I). Destes 255 artigos foram removidos 8 por se apresentarem duplicados. Em seguida, dos 247 artigos foram analisados os títulos e resumos quanto à sua adequação para a revisão, sendo excluídos 204 e ficando-se com 43 artigos em que foram verificados os critérios de inclusão e exclusão para a revisão, tendo estes sido lidos na íntegra, sendo excluídos 37 artigos nesta etapa. Em seguida passou-se à terceira etapa da pesquisa em que foram examinadas as listas das referências bibliográficas dos 5 artigos selecionados e incluídos na revisão, acrescentando-se 8 artigos encontrados na literatura cinzenta (*Google Académico*), recomendações por peritos e estudos não publicados disponíveis no *RCAAP (Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal)*.

É importante referir que foi utilizado um sistema de gestão de referências bibliográficas, neste caso o sistema *Mendeley®*.

O esquema PRISMA (figura 1) mostra detalhadamente este processo de decisão da pesquisa.

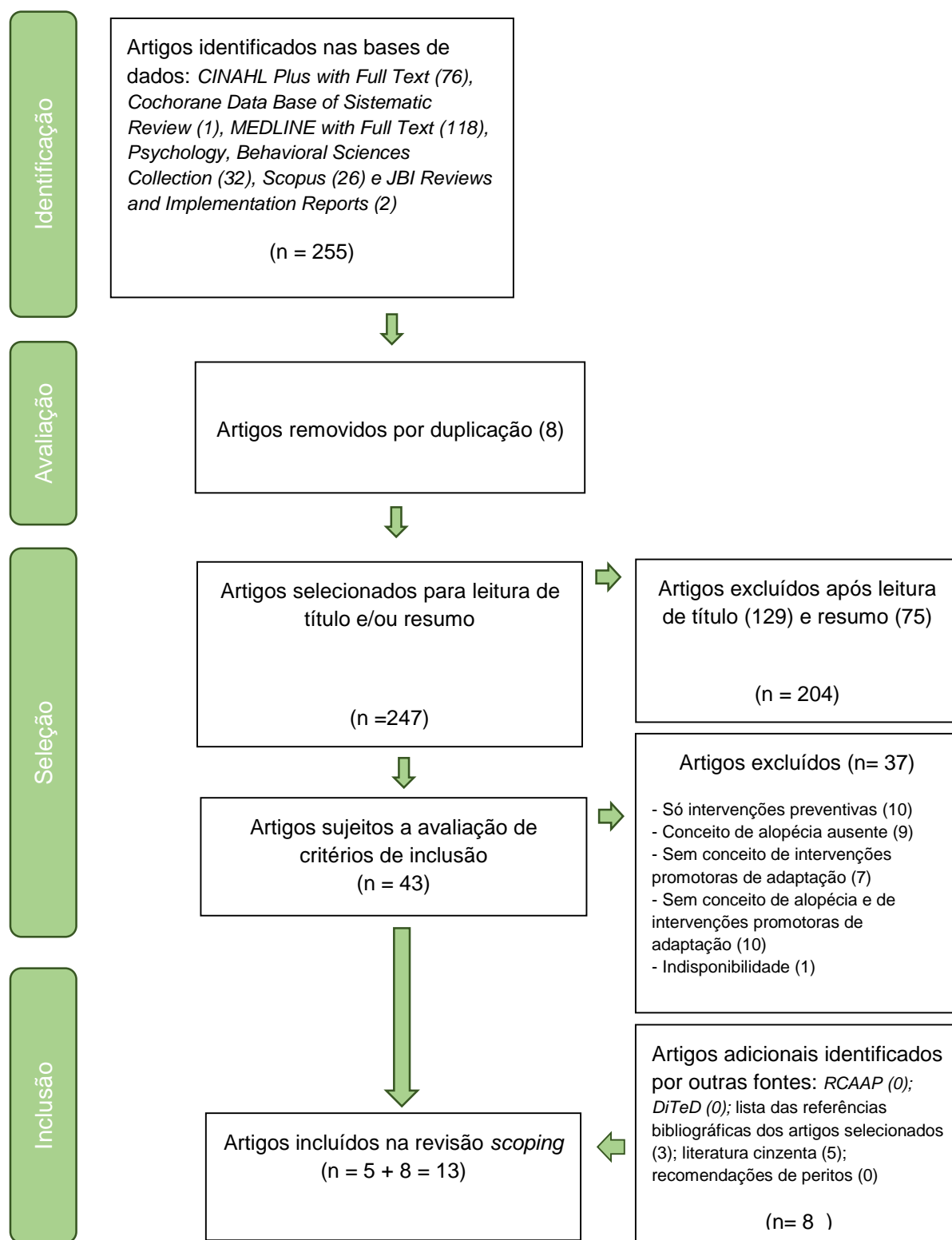


Figura 1: PRISMA fluxograma do processo de seleção e inclusão do estudo [Adaptado de Mother, Liberati, Tetzlaff & Altman, 2009]

EXTRAÇÃO DOS RESULTADOS

Para o processo de extração de dados utilizou-se uma tabela que permitisse fazer o registo sistemático dos resultados sobre a identificação e tipo de artigo ou estudo de investigação, objetivos, metodologias e os resultados com interesse para a questão formulada. Foi adaptada uma tabela sugerida pela *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015 Methodology for JBI Scoping Reviews* (JBI, 2015), para a extração de dados dos artigos selecionados que se encontra em apêndice (Apêndice II).

Em seguida é apresentada a extração de dados dos artigos incluídos nesta pesquisa:

Itens analisados		Artigo nº. 1
Título		Hair and cancer chemotherapy: consequences and nursing care – a literature study.
Autor (es)		Batchelor, D.
Ano de publicação		2001
País de origem		Holanda
Contexto do estudo e duração	Tipologia	Não aplicável
	Duração	Não aplicável
Objetivos do estudo		Não aplicável
Metodologia		Revisão da literatura
Método de colheita de dados		Não aplicável
População	Tipologia	Não aplicável
	Amostra	Não aplicável
	Idades	Não aplicável
Principais resultados do estudo	<p>- Os enfermeiros devem avaliar as possíveis relações entre a queda do cabelo e a imagem corporal alterada, evidenciada pela vulnerabilidade, rejeição, sentimentos diferentes, abstinência e comportamento não social;</p> <p>- Devem ser dadas informações sobre a experiência da queda do cabelo e os doentes devem aprender estratégias de autocuidado para minimizar a queda do cabelo, lidar com a alopecia de cabelo e usar medidas de proteção até o crescimento do cabelo, como forma de alcançar os resultados ideais.</p>	
	<p>Conclusões relevantes para a questão de revisão</p> <p>- Ao aplicar estratégias de avaliação, informação, autocuidado e de encaminhamento fornecidas pelos enfermeiros, os doentes devem ser capazes de passar por uma experiência potencialmente devastadora, como é a alopecia, para uma sensação renovada de bem-estar.</p>	
Questões éticas		Não aplicável.
Referência bibliográfica		Batchelor, D. (2001). Hair and cancer chemotherapy: consequences and nursing care – a literature study. <i>European Journal of Cancer Care</i> . 10, 147-163.

Itens analisados		Artigo nº. 2
Título		Chemotherapy-induced alopecia: psychosocial impact and therapeutic approaches.
Autor (es)		Hesketh P., Batchelor D., Mitch G., Lyman G., Rhodes N. & Yardley D.
Ano de publicação		2004
País de origem		Estados Unidos da América (EUA)
Contexto do estudo	Tipologia	Não aplicável
e duração	Duração	Não aplicável
Objetivos do estudo		Não aplicável
Metodologia		Artigo de opinião
Método de colheita de dados		Não aplicável
População	Tipologia	Não aplicável
	Amostra	Não aplicável
	Idades	Não aplicável
Principais resultados do estudo		Ao apoiar doentes com AIQ, os profissionais de saúde devem usar uma abordagem individualizada com foco no momento real da queda de cabelo. Educação, grupos de apoio e estratégias de autocuidado são componentes importantes de qualquer abordagem de gestão deste efeito secundário.
Conclusões relevantes para a questão de revisão		<ul style="list-style-type: none"> - Um questionário sensível, quantitativo e padronizado para medir o impacto da AIQ na qualidade de vida não está disponível; uma ferramenta apropriada capaz de medir o impacto da AIQ deve ser projetada e validada para determinar a verdadeira extensão com que a AIQ prejudica a qualidade de vida do doente; - O fornecimento de informações escritas e orais aos doentes sobre os efeitos secundários parece aumentar a compreensão, a satisfação e a adesão ao tratamento e diminuir o stress emocional, a ansiedade e a depressão; - A abordagem da CIA deve ser individualizada com base nas necessidades de cada doente, com o foco colocado no momento de queda de cabelo;

- Os profissionais de saúde devem ensinar aos doentes, estratégias de autocuidado adaptativo e informá-los sobre os grupos de apoio disponíveis.

Questões éticas	Não aplicável
Referência bibliográfica	Hesketh P., Batchelor D., Mitch G., Lyman G., Rhodes N. & Yardley D. (2004). Chemotherapy-induced alopecia: psychosocial impact and therapeutic approaches. <i>Supportive Care in Cancer</i> . 12, 543-549.

Itens analisados		Artigo nº. 3
Título		A randomized clinical trial of a videotape intervention for women with chemotherapy-induced alopecia: a gynecologic oncology group study.
Autor (es)		Nolte, S., Donnelly, J., Kelly, S., Conley, P. & Cobb, R.
Ano de publicação		2006
País de origem		EUA
Contexto do estudo	Tipologia	Ambulatório
	Duração	3 fases antes da intervenção e 1 fase após a intervenção em vídeo
Objetivos do estudo		Avaliar as alterações da imagem corporal e da autoestima em mulheres com neoplasias ginecológicas que sofrem de AIQ e examinar a eficácia de uma intervenção em vídeo sobre a imagem corporal e a autoestima.
Metodologia		Estudo prospetivo, randomizado
Método de colheita de dados		Uso da escala Body Cathexis/Self-Cathexis Scale (BCSCS) e do vídeo Best Look Forward
População	Tipologia	Mulheres com AIQ por neoplasia ginecológica
	Amostra	136 mulheres
	Idades	27 a 80 anos (média de idade = 57,7 anos)
Principais resultados do estudo		- A AIQ tem um efeito adverso sobre a imagem corporal. Novas intervenções são necessárias para ajudar as mulheres a lidar com essa consequência do tratamento

	- Uma intervenção em vídeo não teve mais sucesso do que as intervenções padrão (aconselhamento e próteses) para melhorar ou prevenir mudanças na imagem corporal.
Conclusões relevantes para a questão de revisão	<p>- Aconselhamento padrão sobre a perda do cabelo (incidência, período e distribuição da alopecia, o crescimento do cabelo e os dispositivos de reabilitação da imagem) melhora a adaptação à AIQ</p> <p>- A maioria das pessoas que recebem informações através de vídeos de intervenção relatam que estes são úteis para se ajustarem à queda de cabelo.</p>
Questões éticas	Aprovação por comissão de ética em investigação das instituições participantes e feito consentimento informado por escrito aos participantes.
Referência bibliográfica	Nolte, S., Donnelly, J., Kelly, S., Conley, P. & Cobb, R. (2006). A randomized clinical trial of a videotape intervention for women with chemotherapy-induced alopecia: a gynecologic oncology group study. <i>Oncology Nursing Forum</i> , 33 (2), 305-311.

Itens analisados		Artigo nº. 4
Título		Using nursing diagnoses in prevention and management of chemotherapy-induced alopecia in the cancer patient.
Autor (es)		Dougherty, L.
Ano de publicação		2007
País de origem		Reino Unido
Contexto do estudo	Tipologia	Não aplicável
	Duração	Não aplicável
Objetivos do estudo		Identificar o uso dos sistemas de classificação NANDA, NIC e NOC na prestação de cuidados psicológicos e físicos ao doente com AIQ.
Metodologia		Revisão da literatura
Método de colheita de dados		Não aplicável

População	Tipologia	Não aplicável
	Amostra	Não aplicável
	Idades	Não aplicável
Principais resultados do estudo	Ao utilizar um diagnóstico de enfermagem, o enfermeiro pode começar a identificar as características definidoras associadas aos problemas específicos vivenciados por um doente com alopecia. A partir desses diagnósticos, intervenções de enfermagem planeadas e individualizadas podem ser desenvolvidas bem como resultados realistas feitos em colaboração com o doente.	
Conclusões relevantes para a questão de revisão	<ul style="list-style-type: none">- Suporte e apoio emocional; veracidade e esperança;- Apoio na tomada de decisão e escolha de recursos;- Aconselhar os cuidados com o cabelo e com o couro cabeludo;- Identificar o impacto e o sistema de suporte do doente;- Encaminhar para outros profissionais e grupos de apoio.	
Questões éticas	Não aplicável	
Referência bibliográfica	Dougherty, L. (2007). Using nursing diagnoses in prevention and management of chemotherapy-induced alopecia in the cancer patient. <i>International Journal of Nursing Terminologies and Classifications</i> . 18 (4), 142-149.	

Itens analisados			Artigo nº. 5
Título			Anticipating an altered appearance: women undergoing chemotherapy treatment for breast cancer
Autor (es)			Frith, H., Harcourt, D. & Fussell, A.
Ano de publicação			2007
País de origem			Reino Unido
Contexto do estudo e duração	Tipologia	Ambulatório	
	Duração	Não referido	
Objetivos do estudo			Identificar e explorar a experiência dos participantes na preparação para os efeitos adversos da QT
Metodologia			Qualitativo exploratório
Método de colheita de dados			Entrevistas semiestruturadas

População	Tipologia	Mulheres com cancro da mama em tratamento ambulatorio de QT
	Amostra	19
	Idades	De 35 a 68 anos
Principais resultados do estudo	Os resultados demonstram que as mulheres antecipam a queda do cabelo e adotam diferentes estratégias para gerir a alopecia, mesmo antes desta ocorrer; Foram identificadas quatro estratégias: antecipar a queda do cabelo; aceitar a inevitabilidade da alopecia; ficar pronta; e assumir o controlo da situação.	
Conclusões relevantes para a questão de revisão	Atividades como antecipar a queda do cabelo, aceitar a inevitabilidade da alopecia, sentir-se pronta e assumir o controlo da situação, e perceber as razões psicológicas porque as pessoas desenvolvem estas estratégias pode ajudar os profissionais de saúde a dar suporte às pessoas que vivenciam a alopecia.	
Questões éticas	Autorização da comissão de ética regional do sudoeste de Inglaterra	
Referência bibliográfica	Frith, H., Harcourt, D. & Fussell, A. (2007). Anticipating an altered appearance: women undergoing chemotherapy treatment for breast cancer. <i>European Journal of Oncology Nursing</i> , 11 (5), 385-391.	

Itens analisados		Artigo nº. 6
Título		Evaluating beauty care provided by the hospital to women suffering from breast cancer: qualitative aspects
Autor (es)		Amiel, P., Dauchy, S., Bodin, J., Cerf, C., Zenasni F., Pezant, E., Teller, A., André, F. & DiPalma, M.
Ano de publicação		2009
País de origem		França
Contexto do estudo e duração	Tipologia	Internamento
	Duração	Não referido
Objetivos do estudo	- Avaliar os cuidados de beleza em doentes oncológicos	

		<ul style="list-style-type: none"> - Identificar as estratégias de avaliação que precisam de ser implementadas, considerando o cuidado da beleza sob dois pontos de vista: como cuidado de suporte, devido aos seus efeitos na saúde objetiva e perceptível (benefício médico e qualidade de vida) e como um serviço que proporciona conforto, através dos seus efeitos sobre a experiência de tratamento e sobre as relações entre o doente e o hospital (satisfação) - Documentar as práticas dos profissionais que prestam cuidados de beleza - Documentar a experiência dos doentes beneficiados.
Metodologia		- Estudo qualitativo
Método de colheita de dados		<ul style="list-style-type: none"> - Observação direta - Entrevistas semiestruturadas
População	Tipologia	<ul style="list-style-type: none"> - Prestadores de serviços de beleza profissionais (esteticistas, consultores de imagem); - Profissionais de saúde (enfermeiros e médicos); - Doentes oncológicos que utilizavam os serviços de beleza e doentes oncológicos (grupo de controlo) que não utilizavam estes serviços.
	Amostra	70 doentes (68 do sexo feminino e 2 do sexo masculino)
	Idades	Média de idade = 53 anos
Principais resultados do estudo		<ul style="list-style-type: none"> - A pesquisa traz pistas valiosas sobre a experiência de cuidados de beleza por doentes com cancro; - Relevância da avaliação quantitativa dos efeitos imediatos e de longo prazo na qualidade de vida.
Conclusões relevantes para a questão de revisão		<ul style="list-style-type: none"> - Constatou-se que o recurso a tratamentos de beleza tem efeitos benéficos nos doentes em termos de conforto, estado psicológico e de bem-estar; - Todos os doentes entrevistados ficaram satisfeitos com a experiência de cuidados de beleza no hospital; referiram benefícios estéticos, físicos, psicológicos e sociais - O cuidado com a beleza foi entendido como uma solução imediata e essencial, embora parcial, para a "agressividade" da situação e dos tratamentos.
Questões éticas		As entrevistas foram gravadas com o consentimento dos participantes.

Referência bibliográfica	Amiel, P., Dauchy, S., Bodin, J., Cerf, C., Zenasni, F., Pezant, E., Teller, A., André, F. & DiPalma, M. (2009) Evaluating beauty care provided by the hospital to women suffering from breast cancer: qualitative aspects. <i>Supportive Care in Cancer</i> . 17, 839-845.
---------------------------------	---

Itens analisados		Artigo nº. 7
Título		Look good feel better workshops: a “big lift” for women with cancer.
Autor (es)		Taggart, L., Ozolins, L., Hardie, H. & Nyhof-Young, J.
Ano de publicação		2009
País de origem		Canadá
Contexto do estudo	Tipologia	Ambulatório
	Duração	De 26 de janeiro e 10 de março de 2005
Objetivos do estudo		Avaliar o impacto dos <i>workshops</i> realizados no âmbito do programa de serviço comunitário sobre autoimagem, interações sociais e a ansiedade de mulheres com cancro
Metodologia		Estudo qualitativo e quantitativo
Método de colheita de dados		Questionários quantitativos antes dos <i>workshops</i> ; Entrevistas telefónicas semiestruturadas, gravadas em fita e transcritas (10 a 20 minutos) de 2 a 4 semanas após a participação nos workshops.
População	Tipologia	Mulheres com doença oncológica
	Amostra	18 participantes
	Idades	Com mais de 18 anos
Principais resultados do estudo		Estes programas e <i>workshops</i> podem aumentar a autoimagem dos participantes, melhorar as interações sociais entre os que vivenciam alterações da imagem corporal provocadas pela QR; estes programas levam também à redução da ansiedade.
Conclusões relevantes para a questão de revisão		- A realização de programas que promovem a gestão dos efeitos secundários da QT relacionados com a imagem corporal; - Os <i>workshops</i> parecem melhorar a autoimagem e as interações sociais da mulher, ao mesmo tempo em que fornecem apoio social, levando à redução da ansiedade.

Questões éticas	Aprovação pela comissão ética de investigação da Universidade de Toronto
Referência bibliográfica	Taggart, L., Ozolins, L., Hardie, H. & Nyhof-Young, J. (2009). Look good feel better workshops: a “big lift” for women with cancer. <i>Journal of Cancer Education</i> , 24 (2), 94-99.

Itens analisados		Artigo nº. 8
Título		Anticipatory coping: Taking control of hair loss
Autor (es)		Borselino, M. & Young, M.
Ano de publicação		2010
País de origem		Estados Unidos da América
Contexto do estudo	Tipologia	Não aplicável
e duração	Duração	Não aplicável
Objetivos do estudo		Destacar o significado emocional da AIQ e o papel do enfermeiro na antecipação da queda do cabelo em ações pró-ativas destinadas a aumentar o sentimento de controlo sobre as alterações da imagem provocadas pela QT.
Metodologia		Artigo de opinião
Método de colheita de dados		Não aplicável
População	Tipologia	Doentes com AIQ
	Amostra	Não aplicável
	Idades	Não aplicável
Principais resultados do estudo		Ajudar os doentes a enfrentar a doença oncológica de forma proactiva, preparando-se para as alterações da imagem corporal é essencial nos cuidados de saúde.
Conclusões relevantes para a questão de revisão		Identificar o significado da perda do cabelo para o dente e para os seus, dar apoio na tomada de decisão de quando e onde cortar o cabelo, e informar sobre estratégias para camuflar a alopecia, prepara

os doentes para enfrentarem a doença oncológica e as alterações da imagem corporal consequentes.

Questões éticas	Não aplicável
Referência bibliográfica	Borselino, M. & Young, M. (2010). Anticipatory coping: Taking control of hair loss. <i>Clinical Journal of Oncology Nursing</i> , 15 (3), 311-315

Itens analisados		Artigo nº. 9
Título		An evaluation of a computer-imaging program to prepare women for chemotherapy-related alopecia.
Autor (es)		McGarvey, E., Leon-Verdin, M., Baum, L., Bloomfield, K., Brenin, D., Koopman, C., Acton, S., Clark, B., Parker, B.
Ano de publicação		2010
País de origem		Estados Unidos da América
Contexto do estudo	Tipologia	Ambulatório
	Duração	Não referido
Objetivos do estudo		Avaliar um programa de computador chamado <i>Help with Adjustment to Alopecia by Image Recovery</i> (HAAIR) que foi desenvolvido para fornecer apoio educacional e reduzir o sofrimento em mulheres com perda de cabelo após a QT.
Metodologia		Qualitativo e quantitativo
Método de colheita de dados		Instrumentos de avaliação: Brief Symptom Inventory, Importance of Hair Questionnaire, e o Brief Cope
População	Tipologia	Mulheres com cancro submetidas a QT
	Amostra	25 (grupo de intervenção) + 20 (grupo de controlo)
	Idades	Média de 51 anos
Principais resultados do estudo		- Este estudo demonstra que o programa HAAIR é um complemento educacional e de apoio eficaz para cuidar de mulheres que enfrentam alopecia relacionada com a QT.

Conclusões relevantes para a questão de revisão	- O desenvolvimento de um sistema de imagens computadorizadas que demonstra a alopecia, bem como ilustra interactivamente como as mulheres pareceriam com uma variedade de próteses capilares e penteados, mostrou-se viável e aceitável para os doentes.
--	---

Questões éticas	Autorização da Comissão Ética de Investigação Humana da Universidade da Virgínia; Consentimento livre e informado dos participantes
------------------------	---

Referência bibliográfica	McGarvey, E., Leon-Verdin, M., Baum, L., Bloomfield, K., Brenin, D., Koopman, C., Acton, S., Clark, B., Parker, B. (2010). An evaluation of a computer-imaging program to prepare women for chemotherapy-related alopecia. <i>Psycho-oncology</i> , 19(7), 756-66.
---------------------------------	--

Itens analisados		Artigo nº. 10
Título	“My wig has been my journey’s companion”: perceived effects of an aesthetic care programme for Italian women suffering from chemotherapy-induced alopecia	
Autor (es)	Zannini, L., Verderame, F., Cucchiara, G., Zinna, B., Alba, A. & Ferrara, M.	
Ano de publicação	2012	
País de origem	Itália	

Contexto do estudo e duração	Tipologia	O estudo foi realizado num hospital no sul de Itália, em contexto de ambulatório
	Duração	Os dados foram colhidos de julho de 2009 a abril de 2010

Objetivos do estudo	Este estudo explorou os efeitos de um programa de cuidados estéticos para mulheres italianas que tinham AIQ
Metodologia	Estudo qualitativo
Método de colheita de dados	Os dados foram colhidos por meio de entrevistas semiestruturadas e de uma análise fenomenológica interpretativa

População	Tipologia	Mulheres que sofreram ou estão a sofrer de AIQ
	Amostra	20 mulheres
	Idades	34 a 70 anos (média de idades = 53).

Principais resultados do estudo	Os programas de cuidados estéticos e o uso de próteses capilares podem ajudar as mulheres afetadas pela alopecia a lidar com o estigma do cancro; são recomendados programas de cuidados
--	--

	estéticos como uma estratégia para encorajar as pessoas com cancro ao autocuidado
Conclusões relevantes para a questão de revisão	Um programa de intervenção de cuidados estéticos e o uso de próteses capilares pode ser uma estratégia válida em programas psicossociais para mulheres que sofrem de AIQ; essas pessoas podem beneficiar muito de projetos de cuidados desenvolvidos por equipas multidisciplinares, na qual enfermeiros, assistentes sociais e esteticistas integram as suas competências
Questões éticas	Todas as mulheres que aceitaram e assinaram um termo de consentimento por escrito; foi obtida a aprovação da comissão de ética da direção da Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILIT)
Referência bibliográfica	Zannini, L., Verderame, F., Cucchiara, G., Zinna, B., Alba, A. & Ferrara, M. (2012). "My wig has been my journey's companion": perceived effects of an aesthetic care programme for Italian women suffering from chemotherapy-induced alopecia. <i>European Journal of Cancer Care</i> , 21 (5), 650-660.

Itens analisados		Artigo nº. 11
Título		Development and validation of Chemotherapy-induced Alopecia Distress Scale (CADS) for breast cancer patients
Autor (es)		Cho, J., Choi, E., Kim, I., Im, Y., Park, Y., Lee, S., Lee, J., Yang, J. & Nam, S.
Ano de publicação		2013
País de origem		Estados Unidos da América
Contexto do estudo	Tipologia	Ambulatório
e duração	Duração	1 de maio a 30 de agosto de 2009
Objetivos do estudo		Desenvolver e validar a <i>Chemotherapy induced Alopecia Distress Scale</i> (CADS) para mulheres com cancro de mama.
Metodologia		Estudo quantitativo
Método de colheita de dados		Entrevistas semiestruturadas
População	Tipologia	Doentes com cancro da mama

	Amostra	305
	Idades	28 a 72 anos (média de idades = 49.3)
Principais resultados do estudo	<ul style="list-style-type: none">- Este estudo confirmou que o CADS é uma ferramenta fiável e válida para medir o <i>distress</i> das pessoas com AIQ;- Este instrumento pode ser usado não apenas para avaliar o sofrimento devido à CIA, mas também para testar a eficácia das intervenções perante a pessoa com alopecia;	
Conclusões relevantes para a questão de revisão	<ul style="list-style-type: none">- A avaliação do sofrimento causado pela alopecia reflete-se em cinco domínios: físico, emocional, atividade, relacionamento e os tratamentos;- Os profissionais de saúde devem considerar o fornecimento de apoio físico e psicossocial personalizado para melhorar o sofrimento induzido pela alopecia, incluindo fornecimento de informações, educação ativa de capacitação do paciente e apoio a recursos (por exemplo, cosméticos, lenços ou próteses capilares).	
Questões éticas	Não referido	
Referência bibliográfica	Cho, J., Choi, E., Kim, I., Im, Y., Park, Y., Lee, ... Nam, S. (2013). Development and validation of Chemotherapy-induced Alopecia Distress Scale (CADS) for breast cancer patients. <i>Annals of Oncology</i> , 25 (2), 346-351.	

Itens analisados		Artigo nº. 12
Título		Impact of chemotherapy-induced alopecia distress on body image, psychosocial well-being, and depression in breast cancer patients.
Autor (es)		Choi, E., Kim, I., Chang, O., Kang, D., Nam, S., Lee, J. & Cho, J.
Ano de publicação		2014
País de origem		Coreia
Contexto do estudo e duração	Tipologia	Em eventos chamados de 'Make up Your Life' para dar autoconfiança aos doentes com cancro da mama realizados em 16 hospitais da Coreia
	Duração	De 1 de maio a 4 de agosto de 2009

Objetivos do estudo	Avaliar o impacto do sofrimento causado pela AIQ na imagem corporal, bem-estar psicossocial e depressão em doente com cancro da mama
Metodologia	Estudo quantitativo
Método de colheita de dados	Questionários validados
População	Doentes com o diagnóstico de cancro da mama com AIQ no momento do estudo
Tipologia	
Amostra	138 doentes
Idades	Média de idade 48,4 anos
Principais resultados do estudo	<ul style="list-style-type: none"> - O desconforto da AIQ está fortemente associado à menor imagem corporal, ao estado geral de saúde e bem-estar psicossocial. - A angústia causada pela alopecia também está associada à depressão - As pessoas que apresentam maior sofrimento apresentam maior probabilidade de depressão em comparação com o grupo de pessoas com menor sofrimento associado à alopecia
Conclusões relevantes para a questão de revisão	<ul style="list-style-type: none"> - A necessidade de atender e avaliar as alterações da imagem corporal durante os tratamentos de QT - Os profissionais de saúde devem fornecer informações e intervir nos problemas relacionados com a alopecia e as alterações da imagem corporal, bem como prestar apoio psicossocial
Questões éticas	Aprovado pela comissão de ética para a investigação do Samsung Medical Center. Todos os participantes do estudo forneceram consentimento informado por escrito
Referência bibliográfica	Choi, E., Kim, I., Chang, O., Kang, D., Nam, S., Lee, J. & Cho, J. (2014). Impact of chemotherapy-induced alopecia distress on body image, psychosocial well-being, and depression in breast cancer patients. <i>Psycho-Oncology</i> , 23 (10), 1103-1110.

Itens analisados	Artigo nº. 13
Título	Solution-focused brief therapy approach intervention for increasing self-esteem of young adult women with cancer who experience chemotherapy-induced alopecia

Autor (es)		Anakomi, C., Putri, A. & Pohan, L.
Ano de publicação		2018
País de origem		Indonésia
Contexto do estudo e duração	Tipologia	Não referido
	Duração	Sete sessões (duas pré-sessões, quatro sessões de intervenção e uma sessão de acompanhamento); cada sessão durou cerca de 90 a 120 minutos.
Objetivos do estudo		Responder à questão de investigação "Será que uma intervenção com uma abordagem de Terapia Breve Focada na Solução será capaz de elevar a autoestima de mulheres jovens adultas com AIQ?"
Metodologia		Estudo misto (qualitativo e quantitativo) com investigação quase experimental
Método de colheita de dados		Um questionário foi usado para medir a autoestima no pré-teste e no pós-teste
População	Tipologia	Mulheres com cancro
	Amostra	3
	Idades	Dos 21 aos 45 anos
Principais resultados do estudo		- A intervenção <i>Solution-focused brief therapy</i> (SFBT) pode aumentar a autoestima de mulheres adultas jovens com cancro que têm AIQ.
Conclusões relevantes para a questão de revisão		- A intervenção realizada com o emprego da abordagem SFBT, em geral, foi comprovada para ser capaz de melhorar a autoestima dos doentes com AIQ; - A intervenção facilitou o ganho de diferentes perspetivas para os participantes na visualização dos seus problemas e permitiu que eles mudassem os seus sentimentos negativos e apreciação em relação à sua AIQ
Questões éticas		Não referido
Referência bibliográfica		Anakomi, C., Putri, A. & Pohan, L. (2018). Solution-focused brief therapy approach intervention for increasing self-esteem of young adult women with cancer who experience chemotherapy-induced alopecia. In Ariyanto et al. (Eds) <i>Diversity in Unity: Perspectives from Psychology and Behavioral Sciences</i> (73-82). Londres: Taylor & Francis Group ISBN 978-1-138-62665-2

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

País de publicação

Relativamente ao país de publicação, verificou-se que 5 dos artigos incluídos nesta pesquisa bibliográfica recorrendo à metodologia de revisão *scoping* tinham origem nos Estados Unidos da América (EUA), 2 no Reino Unido, 2 em Itália e os restantes em países como a Coreia, o Canadá, a Holanda e a Indonésia, como mostra o quadro nº.1.

Quadro nº.1: Distribuição dos artigos por país de publicação.

País	Autor	Nº. de estudos por países
EUA	Nolte et al.	5
	Hesketh et al.	
	Cho et al.	
	McGarvey et al.	
	Borselino et al.	
Reino Unido	Frith et al.	2
	Dougherty	
Itália	Amiel et al.	2
	Zannini et al.	
Coreia	Choi et al.	1
Canadá	Taggart et al.	1
Holanda	Batchelor	1
Indonésia	Anakomi et al.	1

Ano de publicação

Os anos de 2007, 2009 e 2010, como mostra o quadro nº.2 tiveram o dobro de publicações nesta área dos que os restantes anos.

Quadro nº.2: Distribuição dos artigos por ano de publicação.

Ano de publicação	Autor	Nº. por estudos por ano de publicação
2001	Batchelor	1
2004	Hesketh et al.	1
2006	Nolte et al.	1
2007	Frith et al.	2
	Dougherty	
2009	Taggart et al.	2
	Amiel et al.	
2010	McGarvey et al.	2
	Borselino et al.	
2012	Zannini et al.	1
2013	Cho et al.	1
2014	Choi et al.	1
2018	Anakomi et al.	1

Metodologia do artigo

Em relação à metodologia das publicações, referida nos próprios artigos, verificou-se que 4 são estudos qualitativos, 2 artigos são estudos quantitativos, 3 são estudos mistos (qualitativos e quantitativos), 2 são revisões da literatura e outros 2 são artigos de opinião, tal como mostra o quadro nº. 2.

Quadro nº. 3: Distribuição dos artigos por metodologia.

Metodologia dos estudos	Autor	Nº. por estudos por metodologia
Estudo qualitativo	Frith et al.	4
	Amiel et al.	
	Cho et al.	
	Zannini et al.	
Estudo quantitativo	Nolte et al.	2
	Choi et al.	
Estudo misto (qualitativo e quantitativo)	Taggart et al.	3
	McGarvey et al.	
	Anakomi et al.	
Revisão da literatura	Batchelor	2
	Dougherty	
Artigo de opinião	Hesketh et al.	2
	Borsellino et al.	

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O objetivo desta pesquisa bibliográfica utilizando a metodologia da revisão *scoping* é identificar e mapear as intervenções promotoras da adaptação à AIQ. Dos 13 artigos incluídos nesta revisão identificaram-se 92 intervenções que foram agrupadas e sintetizadas através de análise temática de conteúdo em 51 subcategorias. Assim, foram identificadas intervenções promotoras da adaptação à AIQ, do tipo de Avaliação, de Suporte e Gestão, de Informação e Educação, e de Referenciação.

Avaliação

Avaliar, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem é “estimar a dimensão, qualidade ou significado de alguma coisa” (ICN, 2015, p. 114). Assim, as intervenções do âmbito da avaliação incluem as ações para determinar o impacto da AIQ, e são descritas em 6 artigos.

Batchelor (2001) escreve sobre a importância de explorar os sentimentos e experiências anteriores, o significado da alopecia para o doente e para a família e amigos; avaliar o grau de apoio que a pessoa possui; avaliar as alterações no ambiente e nos papéis sociais; explorar como o doente pensa em si sem cabelo ou antecipando a sua imagem sem cabelo. Também Zannini et al. (2012) fazem uma breve referência à importância da avaliação do significado da alopecia na vida diária das pessoas.

Hesketh et al. (2004) referem que se deve avaliar o impacto da alopecia na qualidade de vida das pessoas, explorar as experiências e coisas sobre as quais o doente não tem controlo, identificar os evitamentos, ou seja, explorar as experiências ou pensamentos que o doente evita porque lhes lembra a perda do cabelo, como por exemplo experiências de doença de pessoas significativas. Estes autores também referem que se deve obter informações sobre a importância que cada pessoa atribui aos seus cabelos e a resposta que se espera à queda do cabelo. Neste artigo é referida a importância de se construir uma escala quantitativa sensível e específica para medir o impacto da AIQ na qualidade de vida das pessoas, uma ferramenta apropriada e capaz de medir este impacto de forma a distinguir a influência da AIQ na qualidade de vida da pessoa.

Também Borselino et al. (2010) fazem referência a intervenções de avaliação para promover a adaptação à AIQ, através da identificação do significado da queda do cabelo para as pessoas e as pessoas significativas.

Cho et al (2013) desenvolveram e validaram uma escala com o objetivo de avaliar o impacto causado pela AIQ em mulheres com cancro da mama (*Chemotherapy-induced Alopecia Distress Scale - CADS*). Esta escala foca-se em cinco dimensões: física, emocional, atividades, relacionamentos e relativo ao tratamento. Ao nível *físico* é avaliada a presença de prurido, dor ou ardor no couro cabeludo. Na dimensão *emocional*, são colocadas questões para se avaliar se as pessoas se sentem diferentes dos outros, se têm desconforto em olhar-se ao espelho, se se sentem insatisfeitas com a sua aparência, se perderam a confiança no futuro, se se sentem irritadas ou angustiadas devido à queda do cabelo, se se sentem deprimidas ou sozinhas. Ao nível das *atividades*, é questionado se a pessoa tem dificuldade nos cuidados pessoais, como o banho ou a maquilhagem, se têm dificuldade em escolher a roupa para vestir, se sentem limitações nas atividades de

lazer, se sentem estar mais doentes devido à queda do cabelo, se têm dificuldade em concentrar-se quando estão a trabalhar ou a ler, se têm dificuldade em ir às compras ou a restaurantes, e se usam sempre os dispositivos de reabilitação da imagem para esconder a alopecia. Na dimensão dos *relacionamentos com os outros*, é avaliada a necessidade de evitamento dos outros, a sua capacidade para falar sobre a queda do cabelo, a preocupação com as relações com o companheiro, a família e os amigos, e a satisfação com a sexualidade. Por fim, na dimensão *relação com os tratamentos*, é avaliado se o tratamento é sentido como mais “pesado” devido à AIQ.

Choi et al. (2014) referem a importância da avaliação do impacto causado pela AIQ na imagem corporal, bem-estar psicossocial e na depressão em doentes com cancro da mama. Estes autores utilizam escalas de avaliação, como a Escala de Alopecia da *National Cancer Institute*, a *Chemotherapy Alopecia Distress Scale* (CADS) desenvolvida por Cho et al. (2013), o Questionário de Qualidade de Vida da Organização Europeia para Pesquisa e Tratamento do Cancro (QLQ-C30) e o módulo específico do cancro da mama (BR23) e a Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D). Neste artigo, os autores concluem que o *distress* da AIQ está fortemente associado às alterações da imagem corporal, ao estado geral de saúde e ao bem-estar psicossocial, e que as pessoas que apresentam maior sofrimento apresentam maior probabilidade de depressão.

Assim, intervenções de avaliação que permitam identificar o significado e o impacto da alopecia na qualidade de vida das pessoas, permitirá adequar e direccionar as intervenções dos profissionais de saúde de forma a promoverem a adaptação a este efeito secundário.

Gestão e Suporte

Relativamente às intervenções de gestão e suporte da AIQ, nove artigos fazem referência a intervenções promotoras de adaptação a este efeito secundário através de cuidados de suporte e de gestão. Gerir, segundo a CIPE é a ação de “estar encarregado de, e organizar para alguém ou alguma coisa” (ICN, 2015, p. 116).

Zannini et al. (2012) referem a importância do desenvolvimento de cuidados estéticos para as pessoas com doenças oncológicas, em que se deve treinar a utilização de próteses capilares ou outros dispositivos de reabilitação da imagem, incentivar ao corte do cabelo mais curto antes da queda do mesmo como forma de

ensaio comportamental e salienta a importância do apoio emocional e psicológico nesta fase do tratamento. Também Frith et al. (2007) referem que as intervenções de suporte e gestão da alopecia devem incidir na antecipação da queda do cabelo, preparando a pessoa para a inevitabilidade deste efeito, levando-a a encontrar os dispositivos de reabilitação da imagem adequado à sua preferência, mostrando-os e treinando com a pessoa a colocação dos mesmos, de preferência em frente a um espelho. Dão importância à adoção de um cabelo mais curto antes da queda de forma a preparar a pessoa e as pessoas significativas para a alteração da imagem que irá ocorrer, permitindo para além disso a sensação de controlo da situação, ideia também referida por Borsilno (2010). Promover a o autocontrolo e usar estratégias motivacionais são outras formas de suporte e gestão da AIQ. Neste artigo, Frith et al. (2007) identificaram quatro etapas no processo de gestão da alopecia: antecipar a queda do cabelo; chegar a um acordo sobre a inevitabilidade da queda do cabelo; preparar a pessoa; promover o controlo da situação. Defendem que as estratégias de adaptação antecipatória envolvem ensaios afetivos e comportamentais para que os doentes possam sentir mais controlo sobre a experiência dos efeitos secundários da QT (Frith et al., 2007).

Amiel et al. (2009) defendem que o recurso a tratamentos de beleza tem efeitos benéficos no conforto, estado psicológico e bem-estar dos doentes, devendo ser vistos sob dois pontos de vista: como cuidados de suporte, devido aos seus efeitos na saúde objetiva e perceptível, em termos de benefício médico e de qualidade de vida, e como um serviço que proporciona conforto à experiência dos tratamentos e nas relações com o hospital. Estes autores (Amiel et al., 2009) especificam estes cuidados como sendo conselhos de imagem pessoal, ou seja, aconselhamento personalizado fornecido na unidade do doente, sobre cores da roupa e cosméticos mais adequados à pessoa; conselhos sobre maquilhagem e técnicas para atenuar alterações da aparência facial; aconselhamento sobre próteses capilares, lenços e turbantes para camuflar a alopecia; e é feita referência a consultas de orientação de imagem e estética social. Os doentes demonstram satisfação com a experiência de cuidados de beleza no hospital referindo benefícios estéticos, físicos, psicológicos e sociais (Amiel et al., 2009).

Batchelor (2001) defende que os cuidados de suporte e gestão passam pelas estratégias de autocuidado, como: incentivar as pessoas a cortarem o cabelo mais

curto, após o início dos tratamentos, de forma a disfarçar a fragilidade capilar e minimizarem a ansiedade provocada pela queda do cabelo comprido; evitar a lavagem diária do cabelo; usar champôs ricos em proteínas e com um pH neutro a cada 4 a 7 dias; enxaguar o cabelo abundantemente com água tépida, deixando-o secar ao ar; pentear-se com pente de dentes largos ou escova de cerdas macias; não escovar excessivamente o cabelo; evitar molas, rolos, secadores ou outros equipamentos agressivos para o cabelo; e evitar pintar o cabelo. Também refere que contatar com outras pessoas que tiveram ou têm o mesmo problema pode facilitar a adaptação à AIQ, bem como a expressão de sentimentos positivos e negativos sobre esta experiência (Batchelor, 2001).

Hesketh et al (2004) referem que devem ser desenvolvidas estratégias de suporte e gestão em quatro fases: antes da queda do cabelo, no momento da queda, durante o período de alopecia e na fase de crescimento do cabelo. Na fase que antecede a sua queda, há a necessidade de lidar com a ansiedade e a incerteza associadas à queda do cabelo, e preparar os doentes para as mudanças psicológicas e sociais que podem ocorrer; no momento da queda é preciso gerir expectativas precisas sobre as mudanças físicas que ocorrerão, o momento expectável de queda do cabelo e de que forma este cai; na fase durante a alopecia, assistir na decisão dos dispositivos de reabilitação da imagem a utilizar, respeitando as opções da pessoa, já que estas são determinadas por fatores individuais, culturais e familiares; já na fase de crescimento do cabelo, explicar como e quando se dá este crescimento. Estes autores também descrevem estratégias de autocuidado adaptativo iguais às descritas por Batchelor (2001) às quais acrescentam a proteção do couro cabeludo e outras áreas de perda de cabelo (sobrancelhas e pestanas) contra o sol, frio ou irritação mecânica.

Anakomi et al. (2018) descrevem a *Solution-Focused Brief Therapy* (SFBT), como uma abordagem que leva os participantes a definir uma meta e a encontrar soluções para os seus problemas de forma independente. Nesta terapia algumas técnicas utilizadas são: as “perguntas milagrosas”, as “perguntas de escala”, as “metas focadas na solução”, as “questões de exceção”, os “elogios” e as “experiências”. Estes autores defendem que o uso desta terapia facilitou que os doentes perspetivassem e visualizassem os seus problemas, o que permite uma

mudança dos seus sentimentos negativos e a sua apreciação em relação à alopecia, aumentando a sua autoestima e autocontrolo perante a situação.

McGarvey et al. (2010) utilizaram um programa de computador denominado *Help with Adjustment to Alopecia by Image Recovery* (HAAIR). Trata-se de um *software* de computador que tira uma fotografia ao rosto da pessoa e cria imagens opcionais (a cabeça careca, a cabeça usando diversos penteados e próteses capilares) o que permite antecipar a queda do cabelo. Os autores (McGarvey et al., 2010) apresentam este programa como um complemento de suporte e educacional eficaz na adaptação à AIQ. Referem a importância da existência de uma sala equipada com espelhos, cadeiras confortáveis, e modelos de próteses capilares e outros dispositivos de reabilitação da imagem, para que a pessoa ensaiar soluções de gestão deste efeito secundário (McGarvey et al., 2010).

Dougherty (2007) destaca como intervenções de suporte e de gestão na promoção da adaptação à AIQ o suporte emocional, a escuta ativa, o encorajamento da pessoa para expressar as emoções e sentimentos relacionados com a perda do cabelo; o apoio na tomada de decisões sobre as medidas de adaptação à alopecia que respeitem o direito à verdade, com serenidade, cordialidade e objetividade; a promoção da esperança, facilitando o desenvolvimento de perspetivas positivas e explorando as diversas possibilidades e recursos para camuflar a alopecia (próteses capilares, lenços e maquilhagem, devendo ser adquiridos antes da queda do cabelo). Fazem parte das intervenções de suporte e gestão incentivar a participação em atividades monitorizando as dificuldades que possam existir no retorno às atividades sociais e profissionais e ajudando o doente a encontrar forma de as minimizar são também referidos (Dougherty, 2007). As intervenções de suporte devem ser pensadas e individualizadas de forma a obterem um resultado realista gerado em colaboração com o doente (Dougherty, 2007).

Verifica-se assim que diversas intervenções de suporte e gestão poderão ser desenvolvidas de forma a promover a adaptação à AIQ.

Informação e Educação

Intervenções do âmbito da informação e educação, intimamente ligadas à gestão e suporte na promoção da adaptação à AIQ, surgem em 8 artigos identificados.

Zannini et al. (2012) identificam a importância de informar sobre a queda do cabelo e as estratégias de autocuidado integradas em programas de cuidados estéticos que ajudem as pessoas afetadas pela alopecia a lidar com este efeito secundário. Dar sugestões e informações sobre os recursos estéticos existentes, associações voluntárias e comunitárias, cabeleireiros e salões de beleza onde existem estes recursos é também uma intervenção referida por Zannini et al. (2012).

Nolte et al. (2006) referem que é necessário informar as pessoas sobre a incidência da alopecia, o período em que ocorre, os locais onde o pelo irá cair, mas também de que forma e quando volta a crescer, tal como informar sobre os dispositivos de reabilitação da imagem existentes. No estudo percutivo e randomizado efetuado por Nolte et al. (2006) os sujeitos assistiam a um vídeo sobre a queda do cabelo e preenchiam um questionário sobre a utilidade da visualização desse vídeo para a sua adaptação à alopecia, qual o aspeto do vídeo que tinha sido mais útil (por exemplo se as técnicas de maquilhagem, as técnicas de colocação das próteses capilares ou de outros dispositivos de reabilitação da imagem) e se o recomendariam a terceiros tendo os resultados sido positivos.

Também Taggart et al. (2009) desenvolveram um estudo com 18 mulheres que frequentaram um programa de promoção da gestão dos efeitos secundários da QT relacionados com a imagem corporal, com temas como os cuidados com a pele, técnicas de maquilhagem e soluções para a alopecia, e verificaram que programas deste tipo podem melhorar a autoimagem das pessoas e as suas interações sociais assim como reduzir a sua ansiedade.

Batchelor (2001) refere que devem ser dadas informações sobre a experiência da queda do cabelo, as estratégias de autocuidado para lidar com a alopecia, como garantir a proteção das zonas de queda dos pelos até que ocorra o seu crescimento. Estas informações passam por explicar a queda do cabelo, a sua causa e probabilidade de ocorrer, quanto tempo decorrerá até o cabelo começar a cair, onde começa e com que grau variável de acordo com o antineoplásico utilizado, quais os sintomas ou queixas associadas à queda do cabelo, os cuidados com o couro cabeludo após a queda, as medidas de proteção, a reversibilidade da perda do cabelo, como volta a crescer e as alterações do cabelo que podem ocorrer após o seu crescimento. Também as pessoas devem ser informadas do potencial impacto da queda do cabelo, a nível psicossocial, na imagem corporal, na sexualidade, no

autoconceito e na autoimagem. Batchelor (2001) defende que as informações fornecidas pelos enfermeiros, podem ajudar as pessoas a passarem por uma experiência potencialmente devastadora, como é a alopecia, para uma sensação renovada de bem-estar.

Hesketh et al. (2004) referem a importância de apoiar os doentes com AIQ através de uma abordagem individualizada, que passa também pela informação e educação tanto escrita como oral sobre os efeitos secundários da QT, nomeadamente em relação à alopecia, o que resulta numa compreensão, satisfação e adesão dos doentes aos tratamentos, diminuindo o *stress* emocional, a ansiedade e a depressão.

McGravey et al. (2010) utilizaram o programa informático *Help with Adjustment to Alopecia by Image Recovery* (HAAIR) com o objetivo de fornecer também apoio educacional para reduzir o sofrimento dos participantes com a perda do cabelo devido à QT, referindo dever-se entregar informação escrita sobre os cuidados a ter e os locais de compra dos dispositivos de reabilitação da imagem, como os folhetos informativos. Este conselho é também referido por Dougherty (2012).

Borselino et al. (2010) salientam a importância da informação sobre estratégias para camuflar a alopecia (próteses capilares, lenços, turbantes e maquilhagem) que preparam as pessoas para se adaptarem à queda do cabelo e as alterações da imagem corporal consequentes.

Referenciação

A referenciação é o encaminhamento das pessoas com AIQ de forma a promover a adaptação a este efeito secundário.

Zannini et al. (2012) mencionam que os programas de cuidados estéticos ao doente oncológico podem ser desenvolvidos com uma variedade de recursos como associações voluntárias ou comunitárias, cabeleireiros ou salões de beleza, lojas de cuidados estéticos que possibilitem a escolha dos dispositivos de reabilitação da imagem mais adequados e da preferência da pessoa, mas também fazem referência ao encaminhamento para grupos de apoio e profissionais especializados em intervenções psicossociais.

Tanto Hesketh et al. (2004) como Batchelor (2001) falam da referenciação para profissionais de saúde apropriados, programas de apoio e grupos de autoajuda, mas o último lembra a referenciação para os sistemas de apoio social e financeiro de forma

a facilitar a aquisição das próteses capilares. Já Dougherty (2007) faz referência às consultas de apoio psicológico e grupos de apoio.

CONCLUSÕES

Utilizando a metodologia descrita pelo *The Joanna Briggs Institute* para a realização de revisões *scoping* foi elaborada esta pesquisa bibliográfica que permitiu identificar e mapear a evidência científica da literatura relativa às intervenções promotoras da adaptação à AIQ.

Contudo esta pesquisa bibliográfica apresenta algumas limitações, tais como ter sido realizada somente por um revisor, com pouca experiência na área da revisão da literatura. Também o fato de se terem excluído os artigos que se focassem na técnica de arrefecimento do couro cabeludo, podem ter levado a alguma perda de informação pertinente.

Dos 13 artigos incluídos nesta revisão identificaram-se 92 intervenções que promovem a adaptação da pessoa em risco ou com AIQ. Estas intervenções foram agrupadas por partilharem significados comuns (analogia semântica) identificados por análise de conteúdo proposta por Bardin (2016) em 51 subcategorias de intervenções depois sintetizadas em 4 categorias de intervenções: de Avaliação, de Gestão e Suporte, de Informação e Educação, e de Referenciação (Apêndice III).

Declara-se a inexistência de conflitos de interesse.

IMPLICAÇÕES PARA A INVESTIGAÇÃO

O mapeamento destas intervenções permitiu enriquecer o trabalho desenvolvido pelo autor na busca pela construção das linhas orientadoras para a intervenção do enfermeiro perante esta problemática.

Este parece ainda ser um campo por explorar, pois embora já vários autores descrevam a experiência da AIQ, muito pouco ainda está investigado sobre as intervenções que possam ser desenvolvidas de forma a promover a adaptação a este efeito secundário, e acima de tudo qual a eficácia destas intervenções para a readaptação funcional desta população, para a sua satisfação e aumento do bem-estar e qualidade de vida. Assim, é evidente que estudos primários sobre essas intervenções e a sua eficácia são indispensáveis para a melhoria da qualidade de cuidados junto da população com AIQ.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

A identificação destas intervenções permitiu uma sistematização das intervenções pertinentes a adotar nos cuidados à pessoa em risco ou com AIQ nomeadamente na procura mais precoce e completa da adaptação da pessoa a este efeito secundário, destacando-se que os cuidados de enfermagem vão muito mais além do que informar e educar a pessoa sobre a ocorrência deste efeito. Identificar, agrupar e sistematizar estas intervenções permitirá a elaboração de um fluxograma de intervenção que norteie a atuação dos profissionais de saúde perante uma pessoa com esta problemática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amiel, P., Dauchy S., Bodin J., Cerf C., Zenasni F., Pezant E., ... DiPalma M. (2009). Evaluating beauty care provided by the hospital to women suffering from breast cancer: qualitative aspects. *Supportive Care in Cancer* 17, 839-845.
- Anakomi, C., Putri, A. & Pohan, L. (2018). Solution-focused brief therapy approach intervention for increasing self-esteem of young adult women with cancer who experience chemotherapy-induced alopecia. In Ariyanto *et al.* (Eds) *Diversity in Unity: Perspectives from Psychology and Behavioral Sciences* (73-82). Londres: Taylor & Francis Group.
- Arksey, H. & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol.* 8,19-32.
- Batchelor, D. (2001). Hair and cancer chemotherapy: consequences and nursing care – a literature study. *European Journal of Cancer Care* 10, 147-163.
- Borsellino, M. & Young, M. (2010). Anticipatory coping: Taking control of hair loss. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 15 (3), 311-315.
- Can, G., Yildiz, M. & EmelEmineÖzdemir, R. (2017). Supportive care for chemotherapy induced alopecia: challenges and solutions. *Clin Res Infect Dis* 4(1), 1048.
- Cho, J., Choi, E., Kim, I., Im, Y., Park, Y., Lee, ... Nam, S. (2013). Development and validation of Chemotherapy-induced Alopecia Distress Scale (CADS) for breast cancer patients. *Annals of Oncology*, 25 (2), 346-351.
- Choi, E., Kim, I., Chang, O., Kang, D., Nam, S., Lee, J. & Cho, J. (2014). Impact of chemotherapy-induced alopecia distress on body image, psychosocial well-being, and depression in breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 23 (10), 1103-1110.
- Chon S., Champion, R., Geddes, E. & Rashid, R. (2012). Chemotherapy-induced alopecia. *Journal American Academy of Dermatology*, 67 (1), 37-47.
- Direção Geral de Saúde (2017). Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. Lisboa: *Direção Geral de Saúde*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/portal-daestatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie880762-pdf.aspx?v=11736b14-73e6-4b34-a8e8-d22502108547>.

- Direção Geral de Saúde (2016). Portugal – Doenças oncológicas em números: 2015. Lisboa: *Direção Geral de Saúde*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-doencas-oncologicas-em-numeros-201511.aspx>
- Dougherty, L. (2007). Using nursing diagnoses in prevention and management of chemotherapy-induced alopecia in the cancer patient. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. 18 (4), 142-149.
- Dua, P., Heiland, M., Kracen, A. & Deshields, T. (2015). Cancer-related hair loss: a selective review of the alopecia research literature. *Psycho-Oncology*. 26 (4), 438-443.
- Erol, O., Can, G. & Aydiner, A. (2011). The effects of alopecia on body image and quality of life of Turkish cancer women with/without headscarves. *Supportive Cancer Care*, 20 (10), 2349-56.
- Frith, H., Harcourt, D., & Fussell, A. (2007). Anticipating an altered appearance: women undergoing chemotherapy treatment for breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 11 (5), 385-391.
- Godinho, N. (2017). Guia de elaboração de trabalhos escritos referências bibliográficas e citações: normas apa e iso 690 (np 405). ESEL. Divisão do Centro de Documentação e Bibliotecas
- Hesketh. P., Batchelor, D., Mitch, G., Lyman. G., Rhodes, N. & Yardley, D. (2004). Chemotherapy-induced alopecia: psychosocial impact and therapeutic approaches. *Supportive Care in Cancer*. 12, 543-549.
- Levac, D., Colquhoun H. & O'Brien, K. (2010). Scoping studies: advancing the methodology. *Implement Sci*. 5, 29.
- Lemieux, J., Maunsell, E. & Provencher, L. (2008). Chemotherapy-induced alopecia and effects on quality of life among women with breast cancer: a literature review. *Psycho-Oncology*, 17, 317–328.
- McGarvey, E., Leon-Verdin, M., Baum, L., Bloomfield, K., Brenin, D., Koopman, C., Acton, S., Clark, B., ... Parker, B. (2010). An evaluation of a computer-imaging program to prepare women for chemotherapy-related alopecia. *Psycho-oncology*, 19 (7), 756-66.
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et al, and the PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Ann Intern Med*. 151, 264–269.

- Mulders, M., Vingerhoets, A. & Breed, W. (2008). The impact of cancer and chemotherapy: Perceptual similarities and differences between cancer patients, nurses and physicians. *Eur J Oncol Nurs*. 12 (1), 97-102.
- National Cancer Institute (2017). *Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) Version 5.0*. USA: Department of Health and Human Service.
- Nolte, S., Donnelly, J., Kelly, S., Conley, P., & Cobb, R. (2006). A randomized clinical trial of a videotape intervention for women with chemotherapy-induced alopecia: a gynecologic oncology group study. *Oncology Nursing Forum*, 33 (2), 305-311.
- Rosman, S. (2004). Cancer and stigma: experience of patients with chemotherapy-induced alopecia. *Patient Educ Couns*, 52, 333–339.
- Roy, C. & Andrews, H. (2001). *Teoria da Enfermagem – O Modelo de adaptação de Roy*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Taggart, L., Ozolins, L., Hardie, H. & Nyhof-Young, J. (2009). Look good feel better workshops: a “big lift” for women with cancer. *Journal of Cancer Education*, 24 (2), 94-99.
- The Joanna Briggs Institute (2015). *Reviewers’ manual 2015: Methodology for JBI scoping reviews*. Austrália: The Joanna Briggs Institute.
- Trueb, R. (2009) Chemotherapy induced alopecia. *Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery*, 28, 11-14
- Zannini, L., Verderame, F., Cucchiara, G., Zinna, B., Alba, A. & Ferrara, M. (2012). “My wig has been my journey’s companion”: perceived effects of an aesthetic care programme for Italian women suffering from chemotherapy-induced alopecia. *European Journal of Cancer Care*, 21 (5), 650-660.

APÊNDICES
(do Apêndice VI)

Apêndice I – Histórico de Pesquisa

CINAHL Plus with Full Text

MH Termos indexados

TIAB Título/Abstract

+ explode

Código		Termos de pesquisa	Resultados
S1	MH	<i>Cancer patients</i>	26,889
S2	TIAB	<i>Oncologic patients</i>	230
S3	MH	<i>Cancer survivors</i>	8,353
S4	TIAB	<i>Interventions</i>	166,805
S5	TIAB	<i>Therapeutic interventions</i>	3,862
S6	TIAB	<i>Techniques therapy</i>	4
S7	MH	<i>Nursing interventions</i>	7,101
S8	MH	<i>Nursing care +</i>	278,398
S9	TIAB	<i>Nursing</i>	630,929
S10	TIAB	<i>Assessment</i>	498,648
S11	MH	<i>Diagnosis +</i>	1,448,172
S12	MH	<i>Management +</i>	949,076
S13	MH	<i>Rehabilitation +</i>	241,620
S14	TIAB	<i>Support</i>	310,977
S15	MH	<i>Counselling +</i>	30,561
S16	MH	<i>Coping +</i>	29,696
S17	MH	<i>Adaptation +</i>	35,334
S18	TIAB	<i>Supportive evidence</i>	363
S19	MH	<i>Health education +</i>	110,084
S20	MH	<i>Health promotion +</i>	53,622
S21	MH	<i>Health behavior +</i>	82,375
S22	MH	<i>Alopecia +</i>	2,115
S23	TIAB	<i>Hair loss</i>	851
S24	TIAB	<i>Baldness</i>	125
S25	MH	<i>Body image +</i>	11,165
S26	MH	<i>Personal appearance +</i>	2,277
S27	MH	<i>Self-concept +</i>	52,546
S28	TIAB	<i>Chemotherapy</i>	61,092
S29	MH	<i>Chemotherapy, cancer +</i>	24,476
S30	TIAB	<i>Drug therapy</i>	22
S31	TIAB	<i>Cytotoxic agents</i>	235
S32	TIAB	<i>Antineoplastic combined chemotherapy protocols</i>	0
S33		S1 OR S2 OR S3	34,829
S34		S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21	3,119,817
S35		S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26 OR S27	60,683
S36		S28 OR S29 OR S30 OR S31 OR S32	101,731

S37	S33 AND S34 AND S35 AND S36 Limiters - Published Date: 20000101-20181231 Narrow by SubjectAge: - all adult Narrow by Language: - spanish Narrow by Language: - portuguese Narrow by Language: - english Search modes - Boolean/Phrase	76
------------	---	----

Cochrane Database of Systematic Reviews

Código	Termos de pesquisa	Resultados
S1	<i>Cancer patients</i>	85
S2	<i>Oncologic patients</i>	1
S3	<i>Cancer survivors</i>	17
S4	<i>Interventions</i>	3,170
S5	<i>Therapeutic interventions</i>	0
S6	<i>Techniques therapy</i>	0
S7	<i>Nursing interventions</i>	4
S8	<i>Nursing care</i>	9
S9	<i>Nursing</i>	855
S10	<i>Assessment</i>	1,874
S11	<i>Diagnosis</i>	813
S12	<i>Management</i>	1,686
S13	<i>Rehabilitation</i>	679
S14	<i>Support</i>	1,535
S15	<i>Counselling</i>	0
S16	<i>Coping</i>	39
S17	<i>Adaptation</i>	47
S18	<i>Supportive evidence</i>	8
S19	<i>Health education</i>	107
S20	<i>Health promotion</i>	129
S21	<i>Health behavior</i>	29
S22	<i>Alopecia</i>	63
S23	<i>Hair loss</i>	9
S24	<i>Baldness</i>	1
S25	<i>Body image</i>	11
S26	<i>Appearance</i>	50
S27	<i>Self-concept</i>	6
S28	<i>Chemotherapy</i>	451
S29	<i>Chemotherapy, cancer</i>	1
S30	<i>Drugs therapy</i>	2,912
S31	<i>Cytotoxic agents</i>	6
S32	<i>Antineoplastic combined chemotherapy protocols</i>	67

S33	S1 OR S2 OR S3	100
S34	S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21	6,431
S35	S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26 OR S27	134
S36	S28 OR S29 OR S30 OR S31 OR S32	3,081
S37	S33 AND S34 AND S35 AND S36 Limiters - Published Date: 20000101-20181231 Narrow by SubjectAge: - all adult Narrow by Language: - spanish Narrow by Language: - portuguese Narrow by Language: - english Search modes - Boolean/Phrase	1

MEDLINE with Full Text

MH Termos indexados TIAB Título/Abstract + explode

Código		Termos de pesquisa	Resultados
S1	TIAB	<i>Cancer patients</i>	155,418
S2	TIAB	<i>Oncologic patients</i>	1.081
S3	MH	<i>Cancer survivors</i>	962
S4	TIAB	<i>Interventions</i>	340,384
S5	TIAB	<i>Therapeutic interventions</i>	19,980
S6	TIAB	<i>Techniques therapy</i>	21
S7	TIAB	<i>Nursing interventions</i>	4,108
S8	MH	<i>Nursing care +</i>	129,931
S9	MH	<i>Nursing +</i>	243,979
S10	TIAB	<i>Assessment</i>	1,213,227
S11	MH	<i>Diagnosis +</i>	7,961,298
S12	TIAB	<i>Management</i>	1,213,795
S13	MH	<i>Rehabilitation +</i>	277,878
S14	TIAB	<i>Support</i>	965,227
S15	TIAB	<i>Counselling</i>	25,696
S16	TIAB	<i>Coping</i>	47,691
S17	TIAB	<i>Adaptation</i>	287,379
S18	TIAB	<i>Supportive evidence</i>	1,956
S19	MH	<i>Health education +</i>	227,307
S20	MH	<i>Health promotion +</i>	69,832
S21	MH	<i>Health behavior +</i>	285,623
S22	MH	<i>Alopecia +</i>	12,694
S23	TIAB	<i>Hair loss</i>	4,518
S24	TIAB	<i>Baldness</i>	1,030

S25	MH	<i>Body image +</i>	16,048
S26	MH	<i>Physical Appearance, Body+</i>	7,028
S27	MH	<i>Self-concept +</i>	100,790
S28	TIAB	<i>Chemotherapy</i>	401,230
S29	TIAB	<i>Chemotherapy, cancer</i>	3,793
S30	TIAB	<i>Drugs therapy</i>	278
S31	TIAB	<i>Cytotoxic agents</i>	1,999
S32	MH	<i>Antineoplastic combined chemotherapy protocols</i>	128,685
S33		S1 OR S2 OR S3	157,189
S34		S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21	10,880,670
S35		S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26 OR S27	122,799
S36		S28 OR S29 OR S30 OR S31 OR S32	402,631
S37		S33 AND S34 AND S35 AND S36 Limiters - Published Date: 20000101-20181231 Narrow by SubjectAge: - all adult Narrow by Language: - spanish Narrow by Language: - portuguese Narrow by Language: - english Search modes - Boolean/Phrase	118

Psychology, Behavioral Sciences Collection

MH – Termos indexados TIAB – Título/Abstract

Código		Termos de pesquisa	Resultados
S1	MH	<i>Cancer patients +</i>	3,402
S2	TIAB	<i>Oncologic patients</i>	5
S3	TIAB	<i>Cancer survivors</i>	4,023
S4	TIAB	<i>Interventions</i>	62,820
S5	TIAB	<i>Therapeutic interventions</i>	1,286
S6	TIAB	<i>Techniques therapy</i>	1
S7	MH	<i>Nursing interventions</i>	31
S8	TIAB	<i>Nursing care</i>	3,397
S9	MH	<i>Nursing</i>	867
S10	MH	<i>Evaluation</i>	1,487
S11	MH	<i>Diagnosis</i>	3,788
S12	MH	<i>Management</i>	1,855
S13	MH	<i>Rehabilitation</i>	2,453
S14	MH	<i>Support group OR Social support</i>	6,198
S15	MH	<i>Counseling</i>	7,993
S16	MH	<i>Live skills</i>	1,493

S17	TIAB	<i>Adaptation</i>	13,410
S18	MH	<i>"ADJUSTMENT (Psychology)"</i>	5,728
S19	MH	<i>Supportive psychotherapy</i>	33
S20	MH	<i>Health education</i>	2,120
S21	MH	<i>Health promotion</i>	2.891
S22	MH	<i>Health behavior</i>	3,317
S23	TIAB	<i>Alopecia</i>	106
S24	TIAB	<i>Hair loss</i>	140
S25	MH	<i>Baldness</i>	62
S26	MH	<i>Body image</i>	1,729
S27	TIAB	<i>Appearance</i>	4,236
S28	MH	<i>Self-perception</i>	4,822
S29	TIAB	<i>Chemotherapy</i>	2,461
S30	MH	<i>Chemotherapy (cancer)</i>	452
S31	TIAB	<i>Drugs therapy</i>	4,829
S32	TIAB	<i>Cytotoxic agents</i>	15
S33	TIAB	<i>Antineoplastic combined chemotherapy protocols</i>	1
S34		S1 OR S2 OR S3	4.090
S35		S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22	106,753
S36		S23 OR S24 OR S25 OR S26 OR S27 OR S28	10,242
S37		S29 OR S30 OR S31 OR S32 OR 33	6,606
S38		S34 AND S35 AND S36 AND S37	0
S39		S34 AND S35 AND S36	35
S40		S34 AND S35 AND S36	32
Limiters - Published Date: 20000101-20181231			
Narrow by Language: - english			
Search modes - Boolean/Phrase			

Scopus

TIABK – Título/Abstract/Keyword

Código	Termos de pesquisa		Resultados
S1	TIABK	<i>Cancer patients</i>	1,217,207
S2	TIABK	<i>Oncologic patients</i>	18,753
S3	TIABK	<i>Cancer survivors</i>	34,253
S4	TIABK	<i>Interventions</i>	1,139,957
S5	TIABK	<i>Therapeutic interventions</i>	105,506
S6	TIABK	<i>Techniques therapy</i>	355,929

S7	TIABK	<i>Nursing interventions</i>	45,414
S8	TIABK	<i>Nursing care</i>	313,217
S9	TIABK	<i>Nursing</i>	628,442
S10	TIABK	<i>Assessment</i>	3,125,711
S11	TIABK	<i>Diagnosis</i>	3,131,929
S12	TIABK	<i>Management</i>	3,654,586
S13	TIABK	<i>Rehabilitation</i>	304,101
S14	TIABK	<i>Support</i>	4,100,592
S15	TIABK	<i>Counselling</i>	196,596
S16	TIABK	<i>Coping</i>	113,822
S17	TIABK	<i>Adaptation</i>	579,569
S18	TIABK	<i>Supportive evidence</i>	14,058
S19	TIABK	<i>Health education</i>	595,813
S20	TIABK	<i>Health promotion</i>	140,510
S21	TIABK	<i>Health behavior</i>	484,734
S22	TIABK	<i>Alopecia</i>	48,132
S23	TIABK	<i>Hair loss</i>	23,050
S24	TIABK	<i>Baldness</i>	1,469
S25	TIABK	<i>Body image</i>	118,697
S26	TIABK	<i>Appearance</i>	468,092
S27	TIABK	<i>Self-concept</i>	99,123
S28	TIABK	<i>Chemotherapy</i>	651,505
S29	TIABK	<i>Chemotherapy, cancer</i>	489,409
S30	TIABK	<i>Drugs therapy</i>	1,698,710
S31	TIABK	<i>Cytotoxic agents</i>	95,132
S32	TIABK	<i>Antineoplastic combined chemotherapy protocols</i>	115,418
S33		S1 OR S2 OR S3	13,710,996
S34		S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21	17,231,719
S35		S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26 OR S27	402,528
S36		S28 OR S29 OR S30 OR S31 OR S32	3,503,749
S37		S33 AND S34 AND S35 AND S36	1,050
S38		S33 AND S34 AND S35 AND S36 Limite 2000-2018 Language: English, Spanish and Portuguese Subarea: Health Professional, Nursing and Psychology	26

JBI Database of Systematic Review and Implementation Reports

TIAB – Título/Abstract/Keywords

Código		Termos de pesquisa	Resultados
S1	TIAB	<i>Cancer patients</i>	396
S2	TIAB	<i>Oncologic patients</i>	163
S3	TIAB	<i>Cancer survivors</i>	65
S4	TIAB	<i>Interventions</i>	1,549
S5	TIAB	<i>Therapeutic interventions</i>	347
S6	TIAB	<i>Techniques therapy</i>	280
S7	TIAB	<i>Nursing interventions</i>	1,217
S8	TIAB	<i>Nursing care</i>	1,317
S9	TIAB	<i>Nursing</i>	1,454
S10	TIAB	<i>Assessment</i>	1,740
S11	TIAB	<i>Diagnosis</i>	748
S12	TIAB	<i>Management</i>	1,346
S13	TIAB	<i>Rehabilitation</i>	376
S14	TIAB	<i>Support</i>	1,313
S15	TIAB	<i>Counselling</i>	162
S16	TIAB	<i>Coping</i>	327
S17	TIAB	<i>Adaptation</i>	156
S18	TIAB	<i>Supportive evidence</i>	305
S19	TIAB	<i>Health education</i>	999
S20	TIAB	<i>Health promotion</i>	282
S21	TIAB	<i>Health behavior</i>	455
S22	TIAB	<i>Alopecia</i>	6
S23	TIAB	<i>Hair loss</i>	23
S24	TIAB	<i>Baldness</i>	0
S25	TIAB	<i>Body image</i>	98
S26	TIAB	<i>Appearance</i>	100
S27	TIAB	<i>Self-concept</i>	340
S28	TIAB	<i>Chemotherapy</i>	152
S29	TIAB	<i>Chemotherapy, cancer</i>	129
S30	TIAB	<i>Drugs therapy</i>	221
S31	TIAB	<i>Cytotoxic agents</i>	13
S32	TIAB	<i>Antineoplastic combined chemotherapy protocols</i>	0
S33		S1 OR S2 OR S3	1,541
S34		S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21	1,862
S35		S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26 OR S27	1,412
S36		S28 OR S29 OR S30 OR S31 OR S32	953
S37		S33 AND S34 AND S35 AND S36	2

Apêndice II – Grelha para extração de resultados

Itens analisados		Artigo nº.
Título		
Autor (es)		
Ano de publicação		
País de origem		
Contexto do estudo e duração	Tipologia	
	Duração	
Objetivos do estudo		
Metodologia		
Método de colheita de dados		
População	Tipologia	
	Amostra	
	Idades	
Principais resultados do estudo		
Conclusões relevantes para a questão de revisão		
Questões éticas		
Referência bibliográfica		

Adaptado de *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015 Methodology for JBI Scoping Reviews*

Apêndice III – Categorização das Intervenções extraídas analogia semântica

Avaliação		
Unidades de registo	Autores	Subcategorias
“Avaliar o significado da alopecia na vida diária da pessoa”	Batchelor (2001); Borselino et al. (2010); Zaninni et al. (2012);	Significado do cabelo e da sua perda
“Avaliar o significado da alopecia para família e amigos”	Batchelor (2001); Borselino et al. (2010);	
“Avaliar o nível de importância do cabelo”	Hesketh et al. (2004);	
“Avaliar o impacto do sofrimento causado pela alopecia”	Choi et al. (2014);	Alterações psicossociais
“Avaliar o risco de depressão”	Cho et al. (2013); Choi et al. (2014);	
“Avaliar as alterações no ambiente e papéis sociais”	Batchelor (2001); Cho et al. (2013);	
“Avaliar o impacto da alopecia na imagem corporal”	Choi et al. (2014);	Autoimagem
“Avaliar o desconforto em olhar-se ao espelho”	Cho et al. (2013);	
“Avaliar insatisfação com a aparência”	Cho et al. (2013);	
“Avaliar o impacto no bem-estar psicossocial”	Choi et al. (2014);	Qualidade de vida
“Avaliar o impacto na qualidade de vida da pessoa”	Hesketh et al. (2004);	
“Avaliar o grau de apoio que a pessoa possui”	Batchelor (2001);	Sistemas de suporte
“Identificar o sistema de suporte da pessoa”	Dougherty (2007);	
“Conhecer como o doente pensa em si sem cabelo”	Batchelor (2001);	Antecipação da alopecia
“Conhecere como a pessoa antecipa a sua imagem sem cabelo”	Batchelor (2001);	
“Avaliar a resposta esperada à queda do cabelo”	Hesketh et al. (2004);	
“Explorar os sentimentos e experiências anteriores”	Batchelor (2001); Hesketh et al. (2004);	Sentimentos e emoções

A intervenção do enfermeiro na promoção da adaptação à alopecia induzida por quimioterapia

“Explorar as experiências ou pensamentos que a pessoa evita por lhe lembrar a perda do cabelo”	Hesketh et al. (2004);	
“Avaliar a capacidade de falar sobre a alopecia”	Cho et al. (2013);	
“Avaliar a presença de sintomas físicos (prurido, dor ou ardor no couro cabeludo)”	Cho et al. (2013);	Sintomas físicos
“Avaliar se a pessoa se sente diferente dos outros”	Cho et al. (2013);	Autoconceito
“Avaliar perda de confiança no futuro”	Cho et al. (2013);	Esperança
“Avaliar o risco de solidão”	Cho et al. (2013);	Risco de isolamento social
“Avaliar a preocupação com o risco de evitamento dos outros”	Cho et al. (2013);	
“Avaliar a preocupação com o risco de alteração das relações pessoais e sociais”	Cho et al. (2013);	
“Avaliar a presença de irritação ou angústia”	Cho et al. (2013);	
“Avaliar dificuldade no autocuidado (banho, maquilhagem, escolha de vestuário)”	Cho et al. (2013);	Autocuidado
“Avaliar limitações nas atividades de lazer”	Cho et al. (2013);	Atividades (sociais, recreativas, profissionais)
“Avaliar dificuldade na concentração (a trabalhar, a ler,...)”	Cho et al. (2013);	
“Assistir a pessoa a identificar as dificuldades nas atividades sociais e profissionais e forma de as minimizar”	Dougherty (2007);	
“Avaliar se a pessoa se sente mais doente devido à queda do cabelo”	Cho et al. (2013);	Processo de doença
“Avaliar se a pessoa sente que o tratamento é mais pesado devido à alopecia”	Cho et al. (2013);	
“Avaliar o uso de dispositivos de reabilitação da imagem para esconder a alopecia”	Cho et al. (2013);	Dispositivos de reabilitação da imagem

“Avaliar a preocupação com a satisfação da sexualidade”	Cho et al. (2013);	Sexualidade
Suporte e Gestão		
Unidades de registo	Autores	Subcategorias
“Incentivar ao corte de cabelo mais curto antes da queda do cabelo”	Batchelor (2001); Hesketh et al. (2004); Frith et al. (2007); Zaninni et al. (2012);	Corte de cabelo
“Antecipar a queda do cabelo”	Frith et al. (2007); McGarvey et al. (2010);	
“Apoiar o doente quando e onde cortar o cabelo”	Borselino et al. (2010);	
“Apoio emocional e psicológico”	Dougherty (2007); Zaninni et al. (2012);	Apoio emocional
“Preparar a pessoa para a inevitabilidade da alopecia”	Frith et al. (2007);	Inevitabilidade
“Assistir na escolha dos dispositivos de reabilitação da imagem”	Hesketh et al. (2004); Dougherty (2007); Frith et al. (2007); Amiel et al. (2009);	Escolha de dispositivos de reabilitação da imagem
“Dar ao doente a sensação de controlo da situação”	Frith et al. (2007); Borselino et al. (2010);	Sensação de controlo
“Estratégias motivacionais”	Frith et al. (2007);	Estratégias de adaptação
“Aconselhamento personalizado sobre maquilhagem”	Dougherty (2007); Amiel et al. (2009);	Maquilhagem
“Expressão de sentimentos positivos e negativos sobre a experiência”	Batchelor (2001); Dougherty (2007);	Sentimentos sobre a experiência
“Preparar a pessoa para as mudanças psicológicas e sociais que podem ocorrer”	Hesketh et al. (2004);	Alterações físicas e psicossociais
“Fornecer expectativas precisas sobre as mudanças físicas que ocorrerão”	Hesketh et al. (2004);	
“Levar a pessoa a definir metas e a encontrar soluções (terapia SFBT)”	Anakomi et al. (2018);	Soluções e metas
“Escuta ativa”	Dougherty (2007);	Escuta ativa

“Promover a esperança”	Dougherty (2007);	Esperança
“Promover o autocuidado”	Dougherty (2007);	Autocuidado
“Incentivar à participação em atividades sociais”	Dougherty (2007);	Atividades sociais
Informação e Educação		
Unidades de registo	Autores	Subcategorias
“Treinar a utilização de próteses capilares ou outros dispositivos de reabilitação da imagem em frente a um espelho”	Frith et al. (2007); Zaninni et al. (2012);	Dispositivos de reabilitação da imagem
“Aconselhar à aquisição dos dispositivos antes da queda do cabelo”	Dougherty (2007);	
“Informar sobre os dispositivos de reabilitação da imagem existentes”	Batchelor (2001); Nolte et al. (2006); Taggart et al. (2009); Borselino et al. (2010); Zaninni et al. (2012);	
“Fornecer informação sobre o momento expectável da queda do cabelo e de que forma cai”	Hesketh et al. (2004);	Momento da queda do cabelo
“Informar sobre os possíveis sintomas físicos (prurido, dor ou ardor no couro cabeludo)”	Cho et al. (2013);	Sintomas físicos
“Explicar como e quando o cabelo cresce”	Hesketh et al. (2004);	Crescimento do cabelo
“Informar como e quando o cabelo volta a crescer”	Batchelor (2001); Nolte et al. (2006);	
“Utilizar uma sala equipada com espelhos, cadeiras confortáveis e modelos de próteses capilares e outros recursos”	McGarvey et al. (2010);	Ambiente físico
“Fornecer informação escrita”	Dougherty (2007);	Informação escrita
“Entrega de folhetos informativos”	Hesketh et al. (2004); Dougherty (2007); McGarvey et al. (2010);	
“Informar do efeito transitório”	Dougherty (2007);	Efeito transitório
“Informar sobre a reversibilidade da perda de cabelo”	Batchelor (2001);	

A intervenção do enfermeiro na promoção da adaptação à alopecia induzida por quimioterapia

“Informar sobre associações voluntárias e comunitárias, cabeleireiros e salões de beleza”	Zaninni et al. (2012);	Recursos da comunidade
“Informar sobre a incidência da alopecia”	Batchelor (2001); Nolte et al. (2006);	Características da alopecia
“Informar em que período ocorre a alopecia”	Batchelor (2001); Nolte et al. (2006);	
“Informar em que locais do corpo o pelo irá cair”	Batchelor (2001); Nolte et al. (2006);	
“Explicar a causa da queda do cabelo”	Batchelor (2001);	
“Informar sobre o grau de queda de cabelo”	Batchelor (2001);	
“Informar sobre os sintomas ou queixas associadas à queda do cabelo”	Batchelor (2001);	
“Utilização de vídeo sobre a queda do cabelo e as técnicas de colocação de dispositivos de reabilitação da imagem”	Nolte et al. (2006);	Recursos audiovisuais
“Utilização de um vídeo informativo sobre as técnicas de maquilhagem”	Nolte et al. (2006);	
“Informar sobre os cuidados à pele”	Taggart et al. (2009);	Cuidado à pele e couro cabeludo
“Informar sobre maquilhagem corretiva”	Taggart et al. (2009);	Maquilhagem corretiva
“Informar sobre as medidas de proteção até ao crescimento do pelo”	Batchelor (2001);	Proteção do couro cabeludo
“Informar sobre os cuidados com o couro cabeludo após a queda”	Batchelor (2001);	
“Proteger o couro cabeludo e outras áreas de perda de cabelo contra agressões (sol, frio ou irritação mecânica)”	Hesketh et al. (2004); Dougherty (2007);	
“Informar sobre o potencial impacto da alopecia (psicossocial, na imagem corporal e na sexualidade, no autoconceito e autoimagem)”	Batchelor (2001);	Potencial impacto da alopecia
“Evitar a lavagem diária do cabelo”	Batchelor (2001); Hesketh et al. (2004);	Cuidados ao cabelo

“Uso de champôs ricos em proteínas e com pH neutro”	Batchelor (2001); Hesketh et al. (2004); Dougherty (2007);	
“Lavar o cabelo com água tépida”	Batchelor (2001); Hesketh et al. (2004);	
“Deixar o cabelo secar ao natural, sem usar secador ou placas de aquecimento”	Batchelor (2001); Hesketh et al. (2004);	
“Usar pente de dentes largos ou escovas de cerdas macias”	Batchelor (2001); Hesketh et al. (2004); Dougherty (2007);	
“Não escovar excessivamente o cabelo”	Batchelor (2001); Hesketh et al. (2004);	
“Evitar molas, rolos, secadores ou equipamentos agressivos para o cabelo”	Batchelor (2001); Dougherty (2007);	
“Evitar usar tintas de coloração”	Batchelor (2001); Dougherty (2007);	
Referenciação		
Unidades de registo	Autores	Subcategorias
“Referenciar associações voluntárias ou comunitárias”	Zaninni et al. (2012);	Associações voluntárias ou comunitárias
“Orientar para cabeleireiros e salões de beleza adequados”	Zaninni et al. (2012);	Cabeleireiros e salões de beleza
“Referenciar para grupos de apoio e autoajuda”	Batchelor (2001); Hesketh et al. (2004); Dougherty (2007); Zaninni et al. (2012);	Grupos de apoio
“Grupos de apoio com pessoas que tiveram ou têm o mesmo problema”	Batchelor (2001);	
“Referenciar para sistemas de apoio social e financeiro”	Batchelor (2001);	Sistemas de apoio social e financeiro
“Encaminhar para consultas de apoio psicológico”	Batchelor (2001); Dougherty (2007); Zaninni et al. (2012);	Consultas de apoio especializado/ psicológico

**APÊNDICE VII – Grelha de observação das
consultas de enfermagem**

Grelha de observação das consultas de enfermagem

Data: ____/____/____		Código: ____	
		Consulta nº ____ <input type="checkbox"/> 1ª vez <input type="checkbox"/> Subsequente	
		Local: <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Internamento	
Dados sociodemográficos			
Idade		Agregado Familiar	
Estado Civil		Habilitações literárias	
Género		Profissão	
Diagnóstico			
Diagnóstico			
Data do diagnóstico			
Estadio da doença			
Tratamento			
Quimioterapia	Protocolo de Quimioterapia:		
	Antineoplásicos utilizados:		
	<input type="checkbox"/> 1º ciclo de QT		
	<input type="checkbox"/> Ciclo subsequente, nº _____ Último ciclo a ____ / ____ / ____		
Avaliação do grau de ALOPÉCIA:			
Grau 0 <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></div>	Grau 1 <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></div> <p>queda de cabelo inferior a 50% do padrão normal para aquela pessoa, não sendo óbvia à distância, mas somente à observação próxima</p>	Grau 2 <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></div> <p>perda de cabelo igual ou superior a 50% do padrão normal da pessoa, sendo visível para os outros e estando associada a um impacto psicossocial, podendo ser necessário uma prótese capilar</p>	

National Cancer Institute (2017). Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) Version 5.0.

Assinalar as intervenções observadas

Intervenções de AVALIAÇÃO	
1. Avaliar o significado da alopecia (para a pessoa e família)	
2. Avaliar o impacto da alopecia na autoimagem da pessoa	
3. Avaliar a resposta esperada à alopecia	
4. Identificar os sentimentos e emoções face à alopecia	
5. Avaliar o risco de alteração do autoconceito	
6. Avaliar o impacto da alopecia na qualidade de vida da pessoa	
7. Identificar a perda de confiança no futuro	
8. Avaliar o conhecimento da pessoa sobre os dispositivos de reabilitação da imagem existentes	
9. Avaliar a dificuldade no autocuidado relacionado com a alopecia (banho, maquilhagem, escolha de vestuário)	
10. Avaliar o risco de alterações na realização das atividades (familiares, sociais, recreativas, profissionais)	
11. Avaliar a presença de sintomas físicos relacionados com a alopecia (dor, prurido ou outro)	
12. Avaliar o risco de alteração da sexualidade	
13. Avaliar o risco de alterações psicossociais	
14. Avaliar o risco de isolamento social	
15. Identificar o sistema de suporte da pessoa (familiar, social, financeiro ou outro)	
16. Avaliar se a pessoa sente que o tratamento é mais pesado devido à alopecia	
Outras:	

Intervenções de GESTÃO e SUPORTE	
1. Confortar a pessoa	
2. Promover um ambiente físico adequado	
3. Preparar a pessoa para a inevitabilidade da queda do cabelo	
4. Aconselhar ao corte do cabelo mais curto antes da queda do cabelo	
5. Orientar quando e onde cortar o cabelo	
6. Orientar a pessoa na escolha dos dispositivos de reabilitação da imagem mais adequados para si	
7. Aconselhar sobre o uso de maquilhagem corretiva	
8. Promover a sensação de controlo da pessoa	
9. Promover o uso de estratégias de adaptação	
10. Escutar ativamente a pessoa	
11. Encorajar a pessoa a ter esperança e confiança	
12. Promover o autocuidado (relativamente ao cabelo, ao couro cabeludo, aos dispositivos de reabilitação de imagem e/ou uso de maquilhagem)	
13. Incentivar a pessoa a manter as suas atividades sociais	
Outras:	

Intervenções de INFORMAÇÃO e EDUCAÇÃO	
1. Informar sobre a probabilidade e grau de alopecia expectável	
2. Informar sobre o momento expectável da queda do cabelo e de que forma cai	
3. Explicar a causa da queda do cabelo	
4. Informar em que locais do corpo o pelo irá cair	
5. Descrever os sintomas associados à queda do cabelo	
6. Informar sobre o efeito transitório da alopecia	
7. Informar sobre as medidas de proteção até ao crescimento do cabelo	
8. Informar sobre maquilhagem corretiva	
9. Informar sobre os cuidados à pele	
10. Informar sobre os dispositivos de reabilitação da imagem existentes	
11. Orientar antecipadamente para a aquisição de dispositivos de reabilitação da imagem	
12. Informar quando e como o cabelo volta a crescer	
13. Informar sobre os cuidados ao cabelo antes da queda ou após o seu crescimento	
14. Informar sobre o potencial impacto da alopecia (psicossocial, na imagem corporal e na sexualidade, no autoconceito e autoimagem)	
15. Informar sobre associações voluntárias e comunitárias disponíveis	
16. Informar sobre cabeleireiros e salões de beleza existentes	
17. Informar sobre os recursos audiovisuais disponíveis	
18. Fornecer informação escrita	
Outras:	

Intervenções de REFERENCIAÇÃO	
1. Referenciar para cabeleireiros e salões de beleza	
2. Referenciar para grupos de apoio, associações voluntárias ou comunitárias	
3. Referenciar para profissionais especializados ou consultas de apoio psicológico	
4. Referenciar para sistemas de apoio social e financeiro	
Outras:	

Observações:

**APÊNDICE VIII – Tratamento dos dados obtidos por observação das
consultas de enfermagem (loais de estágio A e B)**

Intervenções de AVALIAÇÃO	n (%)	
	A (n=5)	B (n=10)
1. Avaliar o significado da alopecia (para a pessoa e família)	3 (60%)	6 (60%)
2. Avaliar o impacto da alopecia na autoimagem da pessoa	3 (60%)	7 (70%)
3. Avaliar a resposta esperada à alopecia	0 (0%)	4 (40%)
4. Identificar os sentimentos e emoções face à alopecia	2 (40%)	4 (40%)
5. Avaliar o risco de alteração do autoconceito	1 (20%)	4 (40%)
6. Avaliar o impacto da alopecia na qualidade de vida da pessoa	2 (40%)	3 (30%)
7. Identificar a perda de confiança no futuro	1 (20%)	0 (0%)
8. Avaliar o conhecimento da pessoa sobre os dispositivos de reabilitação da imagem existentes	5 (100%)	6 (60%)
9. Avaliar a dificuldade no autocuidado relacionado com a alopecia (banho, maquilhagem, escolha de vestuário)	2 (40%)	1 (10%)
10. Avaliar o risco de alterações na realização das atividades (familiares, sociais, recreativas, profissionais)	4 (80%)	3 (30%)
11. Avaliar a presença de sintomas físicos relacionados com a alopecia (dor, prurido ou outro)	1 (20%)	0 (0%)
12. Avaliar o risco de alteração da sexualidade	0 (0%)	2 (20%)
13. Avaliar o risco de alterações psicossociais	4 (80%)	3 (30%)
14. Avaliar o risco de isolamento social	4 (80%)	3 (30%)
15. Identificar o sistema de suporte da pessoa (familiar, social, financeiro ou outro)	2 (40%)	4 (40%)
16. Avaliar se a pessoa sente que o tratamento é mais pesado devido à alopecia	4 (80%)	2 (20%)

Intervenções de GESTÃO e SUPORTE	n (%)	
	A (n=5)	B (n=10)
1. Confortar a pessoa	5 (100%)	10 (100%)
2. Promover um ambiente físico adequado	5 (100%)	10 (100%)
3. Preparar a pessoa para a inevitabilidade da queda do cabelo	0 (0%)	0 (0%)
4. Aconselhar ao corte do cabelo mais curto antes da queda do cabelo	4 (80%)	5 (50%)
5. Orientar quando e onde cortar o cabelo	4 (80%)	3 (30%)
6. Orientar a pessoa na escolha dos dispositivos de reabilitação da imagem mais adequados para si	4 (80%)	6 (60%)
7. Aconselhar sobre o uso de maquilhagem corretiva	1 (20%)	3 (30%)
8. Promover a sensação de controlo da pessoa	2 (40%)	2 (20%)
9. Promover o uso de estratégias de adaptação	3 (60%)	2 (20%)
10. Escutar ativamente a pessoa	5 (100%)	10 (100%)
11. Encorajar a pessoa a ter esperança e confiança	4 (80%)	0 (0%)
12. Promover o autocuidado (relativamente ao cabelo, ao couro cabeludo, aos dispositivos de reabilitação de imagem e/ou uso de maquilhagem)	4 (80%)	2 (20%)
13. Incentivar a pessoa a manter as suas atividades sociais	2 (40%)	2 (20%)

Intervenções de INFORMAÇÃO e EDUCAÇÃO	n (%)	
	A (n=5)	B (n=10)
1. Informar sobre a probabilidade e grau de alopecia expectável	5 (100%)	6 (60%)
2. Informar sobre o momento expectável da queda do cabelo e de que forma cai	5 (100%)	7 (70%)
3. Explicar a causa da queda do cabelo	0 (0%)	0 (0%)
4. Informar em que locais do corpo o pelo irá cair	3 (60%)	6 (60%)
5. Descrever os sintomas associados à queda do cabelo	3 (60%)	3 (30%)
6. Informar sobre o efeito transitório da alopecia	5 (100%)	6 (60%)
7. Informar sobre as medidas de proteção até ao crescimento do cabelo	2 (40%)	7 (70%)
8. Informar sobre maquilhagem corretiva	4 (80%)	3 (30%)
9. Informar sobre os cuidados à pele	0 (0%)	2 (20%)
10. Informar sobre os dispositivos de reabilitação da imagem existentes	5 (100%)	7 (70%)
11. Orientar antecipadamente para a aquisição de dispositivos de reabilitação da imagem	4 (80%)	5 (50%)
12. Informar quando e como o cabelo volta a crescer	5 (100%)	6 (60%)
13. Informar sobre os cuidados ao cabelo antes da queda ou após o seu crescimento	4 (80%)	1 (10%)
14. Informar sobre o potencial impacto da alopecia (psicossocial, na imagem corporal e na sexualidade, no autoconceito e autoimagem)	2 (40%)	1 (10%)
15. Informar sobre associações voluntárias e comunitárias disponíveis	0 (0%)	1 (10%)
16. Informar sobre cabeleireiros e salões de beleza existentes	5 (100%)	6 (60%)
17. Informar sobre os recursos audiovisuais disponíveis	0 (0%)	0 (0%)
18. Fornecer informação escrita	4 (80%)	3 (30%)

Intervenções de REFERENCIAÇÃO	n (%)	
	A (n=5)	B (n=10)
1. Referenciar para cabeleireiros e salões de beleza	4 (80%)	5 (50%)
2. Referenciar para grupos de apoio, associações voluntárias ou comunitárias	0 (0%)	2 (20%)
3. Referenciar para profissionais especializados ou consultas de apoio psicológico	1 (20%)	0 (0%)
4. Referenciar para sistemas de apoio social e financeiro	0 (0%)	2 (20%)

**APÊNDICE IX – Questionário para enfermeiros
com experiência em oncologia**

Caro Enfermeiro/a

O presente questionário insere-se num projeto do curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Especialização de Enfermagem Oncológica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, que se intitula “A intervenção do enfermeiro na promoção da adaptação à alopecia induzida por quimioterapia”.

O objetivo deste questionário é identificar as intervenções de enfermagem realizadas por enfermeiros que prestam cuidados à pessoa em risco ou com alopecia induzida por quimioterapia.

Solicito o seu contributo, tendo em conta os seus conhecimentos e experiência.

A colheita de dados será realizada através do questionário seguinte. A resposta a este questionário subentende a aceitação livre e informada do seu preenchimento, sendo assegurado o anonimato e a confidencialidade dos seus dados.

Se autoriza que os dados que fornecer possam ser utilizados num relatório/artigo científico, solicito que assine este consentimento.

Lisboa, _____ de _____ de _____

(assinatura)

Atenciosamente,

(Enfermeira Rita Carvalho)

Código de Questionário: _____

Dados demográficos:

Idade: _____ anos Género: ☐ masculino ☐ feminino

Formação académica:

☐ Licenciatura em _____

☐ Formação não académica em _____

☐ Especialidade em _____

☐ Mestrado em _____

☐ Doutoramento em _____

Experiência profissional: _____ anos

Experiência profissional na área da oncologia: _____ anos

Serviço onde exerce funções: ☐ Ambulatório ☐ Internamento

Atendendo à sua prática diga:

1. Perante uma pessoa que vai iniciar um protocolo de quimioterapia com risco de induzir alopecia, que aspetos lhe parecem pertinentes avaliar?

2. Que cuidados considera adequados para que a pessoa com alopecia induzida por quimioterapia se adapte a esta situação?

3. Existem outros aspetos que queira referir?

**APÊNDICE X – Póster apresentado na reunião anual da
Sociedade Portuguesa de Hematologia**



A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DA ADAPTAÇÃO À ALOPÉCIA INDUZIDA POR QUIMIOTERAPIA: APRESENTAÇÃO DE UM PROJETO

(no âmbito da realização do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem Oncológica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa)

AUTORES: Rita Carvalho, Enfermeira do Serviço de Hematologia Clínica do CHULC (rita_a_s_carvalho@live.com.pt)
Cândida Damião, Enfermeira Responsável do Serviço de Hematologia Clínica do CHULC
Alexandra Pinto Santos (Docente da ESEL)

INTRODUÇÃO

Do processo de tratamento da doença oncológica fazem parte várias modalidades, isoladas ou combinadas, onde se inclui a quimioterapia, terapêutica que destrói ou impede o crescimento das células neoplásicas, mas que tem diversos efeitos secundários, sendo um deles a alopecia¹. Esta é descrita por vários autores como um dos efeitos mais temido e traumático para a pessoa com esta doença^{2, 3, 4, 5, 6}. A alopecia induzida por quimioterapia pode criar muitos problemas, como as alterações da autoimagem, a baixa autoestima, a diminuição da sensação de bem-estar, a ansiedade e depressão⁷, todos eles com um impacto significativo na qualidade de vida e na saúde da pessoa, pelo que estas necessitam de desenvolver processos de adaptação complexos para lidarem com o sofrimento emocional e os problemas de ordem pessoal, social, profissional e mesmo espirituais e existenciais que surgem⁸. Os enfermeiros devem intervir, disponibilizando vários tipos de ajuda para que a vivência deste processo implique menos sofrimento, angústia e isolamento social⁹, de modo a que a pessoa tenha uma mais rápida adaptação a esta nova situação¹⁰. Num serviço de internamento de Hematologia Clínica, onde a maioria das pessoas internadas tem diagnóstico de leucemia aguda ou de linfoma agressivo, o que implica serem submetidas a quimioterapia intensiva com antineoplásicos que provocam a queda total do cabelo, a alopecia induzida por quimioterapia é um problema muito presente. Refletindo sobre a intervenção que realizavam junto desta população, os enfermeiros identificaram que esta se circunscrevia à informação deste efeito adverso da quimioterapia, de uma escuta ativa da pessoa e de algum suporte sobre o corte progressivo do cabelo, sendo necessário procurar na evidência outras intervenções que melhorassem a qualidade da intervenção realizada, finalidade assumida por este projeto de formação.

OBJETIVO

Desenvolver linhas orientadoras da intervenção de enfermagem promotoras da adaptação à alopecia induzida por quimioterapia, que se possa traduzir numa melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem a esta população.

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

“Quais as intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à alopecia induzida por quimioterapia?”

METODOLOGIA



RESULTADOS ESPERADOS

Linhas orientadoras da intervenção de enfermagem promotoras da adaptação à alopecia induzida por quimioterapia.

Projeto de melhoria de cuidados.

Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem¹³

Avaliação

Gestão e Suporte

Informação e Educação

Referenciação

CUIDADOS ONCO-ESTÉTICOS

BIBLIOGRAFIA

1. Chen, L., Kim, L., Lee, Y., Park, Y., Lee, S., Lee, J., Yang, J., Nam, S. (2013) Development and validation of Chemotherapy-induced Alopecia Distress Scale (CAIDS) for breast cancer patients. *Annals of Oncology* 24(2), 346-351.
2. Fabbro, D. (2005) Hair and cancer chemotherapy: consequences and nursing care – a literature study. *European Journal of Cancer Care* 14, 347-361.
3. Fong, C., Gao, X., Andrew, A. (2013) The effects of alopecia on body image and quality of life of Turkish cancer women with antihypertensive medication. *Supportive Cancer Care* 20(10), 2849-58.
4. Karamali, L., Mousavi, E., Pourfar, L. (2008) Chemotherapy-induced alopecia and effects on quality of life among women with breast cancer: a literature review. *Psychiatry* 71, 317-328.
5. Papanicolaou, S. (2008) Cancer and patient experience of patients with chemotherapy-induced alopecia. *Patient Education and Counseling* 72, 233-238.
6. Smith, R. (2008) Chemotherapy-induced alopecia. *Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery* 38, 11-14.
7. Smith, R., Bhatnagar, S., Gohari, M., Lyons, G., Smith, R., Wolf, D. (2008) Chemotherapy-induced alopecia: psychosocial impact and therapeutic approaches. *Supportive Cancer Care* 12, 543-549.

¹¹Can, G., Wale, M., Emelinoğlu, S. (2017) Supportive care for chemotherapy-induced alopecia: challenges and solutions. *Onco Report* 34, 431-438.

¹²Wale, M., Emelinoğlu, S. (2018) Alopecia induced by chemotherapy. *Journal of Nursing* 1(1), 402-405.

¹³Wale, M., Emelinoğlu, S. (2018) Alopecia induced by chemotherapy: a literature review. *Journal of Nursing* 1(1), 402-405.

¹⁴Wale, M., Emelinoğlu, S. (2018) Alopecia induced by chemotherapy: a literature review. *Journal of Nursing* 1(1), 402-405.

¹⁵Wale, M., Emelinoğlu, S. (2018) Alopecia induced by chemotherapy: a literature review. *Journal of Nursing* 1(1), 402-405.

**APÊNDICE XI – Autorização do Conselho de Administração
da instituição para a implementação do
projeto e divulgação dos dados**

**APÊNDICE XII – Tratamento de dados dos questionários a enfermeiros
com experiência em oncologia (locais de estágio A e B)**

Intervenções de Avaliação		n	%
	1. Avaliar o significado da alopecia (para a pessoa e família)	5	29,4
	2. Avaliar o impacto da alopecia na autoimagem da pessoa	7	41,2
	3. Avaliar a resposta esperada à alopecia	2	11,8
	4. Identificar os sentimentos e emoções face à alopecia	3	17,6
	5. Avaliar o risco de alteração do autoconceito	5	29,4
	6. Avaliar o impacto da alopecia na qualidade de vida da pessoa	8	47,1
	7. Identificar a perda de confiança no futuro	0	0
	8. Avaliar o conhecimento da pessoa sobre os dispositivos de reabilitação da imagem existentes	4	23,5
	9. Avaliar a dificuldade no autocuidado relacionado com a alopecia (banho, maquilhagem, escolha de vestuário)	1	5,9
	10. Avaliar o risco de alterações na realização das atividades (familiares, sociais, recreativas, profissionais)	6	35,3
	11. Avaliar a presença de sintomas físicos relacionados com a alopecia (dor, prurido ou outro)	0	0
	12. Avaliar o risco de alteração da sexualidade	0	0
	13. Avaliar o risco de alterações psicossociais	5	29,4
	14. Avaliar o risco de isolamento social	5	29,4
	15. Identificar o sistema de suporte da pessoa (familiar, social, financeiro ou outro)	10	58,8
	16. Avaliar se a pessoa sente que o tratamento é mais pesado devido à alopecia	4	23,5
	17. Avaliar se a pessoa tem conhecimento da ocorrência da alopecia	6	35,3
Novas intervenções identificadas	18. Identificar os dados pessoais da pessoa	3	17,6
	19. Avaliar a qualidade do cabelo	1	5,9
	20. Identificar se a pessoa contacto anteriormente com outras pessoas com alopecia	3	17,6
	21. Identificar a presença de mitos e crenças erradas relativas à alopecia	3	17,6
	22. Identificar sentimentos e preocupações face à opinião dos outros	3	17,6

Intervenções de Gestão e Suporte		n	%
	1. Confortar a pessoa	5	29,4
	2. Promover um ambiente físico adequado	1	5,9
	3. Preparar a pessoa para a inevitabilidade da queda do cabelo	1	5,9
	4. Aconselhar ao corte do cabelo mais curto antes da queda do cabelo	6	35,3
	5. Orientar quando e onde cortar o cabelo	9	52,9
	6. Orientar a pessoa na escolha dos dispositivos de reabilitação da imagem mais adequados para si	9	52,9
	7. Aconselhar sobre o uso de maquilhagem corretiva	5	29,4
	8. Promover a sensação de controlo da pessoa	2	11,8
	9. Promover o uso de estratégias de adaptação	8	47,1
	10. Escutar ativamente a pessoa	2	11,8
	11. Encorajar a pessoa a ter esperança e confiança	4	23,5
	12. Promover o autocuidado (ao cabelo, ao couro cabeludo, aos dispositivos de reabilitação da imagem e/ou ao uso de maquilhagem)	2	11,8
	13. Incentivar a pessoa a manter as suas atividades sociais	5	29,4
	14. Reforçar os aspetos positivos da pessoa	2	11,8
	15. Preparar a pessoa para explicar às pessoas significativas (filhos, pais, outros) a queda do cabelo	3	17,6
Novas intervenções identificadas	16. Promover o envolvimento das pessoas significativas no processo	2	11,8

Intervenções de Informação e Educação		n	%
	1. Informar sobre a probabilidade e grau de alopecia expectável	13	76,5
	2. Informar sobre o momento expectável da queda do cabelo e de que forma cai	13	76,5
	3. Explicar a causa da queda do cabelo	13	76,5
	4. Informar em que locais do corpo o pelo irá cair	13	76,5
	5. Descrever os sintomas associados à queda do cabelo	0	0
	6. Informar sobre o efeito transitório da alopecia	7	41,2
	7. Informar sobre as medidas de proteção até ao crescimento do cabelo	6	35,3
	8. Informar sobre maquilhagem corretiva	1	5,9
	9. Informar sobre os cuidados à pele	0	0
	10. Informar sobre os dispositivos de reabilitação da imagem existentes	12	70,6
	11. Orientar antecipadamente para a aquisição de dispositivos de reabilitação da imagem	2	11,8
	12. Informar quando e como o cabelo volta a crescer	1	5,9
	13. Informar sobre os cuidados ao cabelo antes da queda ou após o seu crescimento: - Evitar a lavagem diária do cabelo - Uso de champôs ricos em proteínas e com pH neutro - Lavar o cabelo com água tépida - Deixar o cabelo secar ao natural, sem usar secador ou placas de aquecimento - Usar pente de dentes largos ou escovas de cerdas macias - Não escovar excessivamente o cabelo - Evitar molas, rolos, secadores ou equipamentos agressivos para o cabelo - Evitar usar tintas de coloração	2	11,8
	14. Informar sobre o potencial impacto da alopecia (psicossocial, na imagem corporal e na sexualidade, no autoconceito e autoimagem)	2	11,8
	15. Informar sobre associações voluntárias e comunitárias disponíveis	1	5,9
	16. Informar sobre cabeleireiros e salões de beleza existentes	12	70,6
	17. Informar sobre os recursos audiovisuais disponíveis	0	0

Novas intervenções identificadas	18. Fornecer informação escrita sobre: - Alopecia - Cuidados a ter perante este efeito secundário - Dispositivos de reabilitação da imagem existentes - Recursos da comunidade existentes	4	23,5
	19. Informar a pessoa sobre a secura das mucosas (olhos, nariz)	1	5,9
	20. Informar a pessoa sobre a importância do tratamento	1	5,9

Intervenções de Referenciação		n	%
Novas intervenções identificadas	1. Referenciar para cabeleireiros e salões de beleza	1	5,9
	2. Referenciar para grupos de apoio, associações voluntárias ou comunitárias	0	0
	3. Referenciar para profissionais especializados ou consultas de apoio psicológico	4	23,5
	4. Referenciar para sistemas de apoio social e financeiro	1	5,9
	Sem dados		
Novas intervenções identificadas	Sem dados		

Legenda:

	Intervenções identificadas pela pesquisa bibliográfica utilizando a metodologia de revisão <i>scoping</i>
	Intervenções adicionadas através da observação das consultas de enfermagem
	Intervenções adicionadas através da aplicação dos questionários

**APÊNDICE XIII – Lista provisória das intervenções promotoras
da adaptação à AIQ identificadas através da
evidência científica e dos pares**

Lista provisória das intervenções promotoras da adaptação à AIQ identificadas através da evidência científica e dos pares

INTERVENÇÕES		
AVALIAÇÃO	Avaliar o significado da alopecia (para a pessoa e família)	1
	Avaliar o impacto da alopecia na autoimagem da pessoa	2
	Avaliar a resposta esperada à alopecia	3
	Identificar os sentimentos e emoções face à alopecia	4
	Avaliar o risco de alteração do autoconceito	5
	Avaliar o impacto da alopecia na qualidade de vida da pessoa	6
	Identificar a perda de confiança no futuro	7
	Avaliar o conhecimento da pessoa sobre os dispositivos de reabilitação da imagem existentes	8
	Avaliar a dificuldade no autocuidado relacionado com a alopecia (banho, maquilhagem, escolha de vestuário)	9
	Avaliar o risco de alterações na realização das atividades (familiares, sociais, recreativas, profissionais)	10
	Avaliar a presença de sintomas físicos relacionados com a alopecia (dor, prurido ou outro)	11
	Avaliar o risco de alteração da sexualidade	12
	Avaliar o risco de alterações psicossociais	13
	Avaliar o risco de isolamento social	14
	Identificar o sistema de suporte da pessoa (familiar, social, financeiro ou outro)	15
	Avaliar se a pessoa sente que o tratamento é mais pesado devido à alopecia	16
	Avaliar se a pessoa tem conhecimento da ocorrência da alopecia	17
	Identificar os dados pessoais da pessoa	18
	Avaliar a qualidade do cabelo	19
	Identificar se a pessoa contactou anteriormente com outras pessoas com alopecia	20
	Identificar a presença de mitos e crenças erradas relativas à alopecia	21
	Identificar sentimentos e preocupações face à opinião dos outros	22
GESTÃO E SUPORTE	Confortar a pessoa	23
	Promover um ambiente físico adequado	24
	Preparar a pessoa para a inevitabilidade da queda do cabelo	25
	Aconselhar ao corte do cabelo mais curto antes da queda do cabelo	26
	Orientar quando e onde cortar o cabelo	27
	Orientar a pessoa na escolha dos dispositivos de reabilitação da imagem mais adequados para si	28
	Aconselhar sobre o uso de maquilhagem corretiva	29
	Promover a sensação de controlo da pessoa	30
	Promover o uso de estratégias de adaptação	31
	Escutar ativamente a pessoa	32
	Encorajar a pessoa a ter esperança e confiança	33
	Promover o autocuidado relativamente: - ao cabelo - ao couro cabeludo - aos dispositivos de reabilitação da imagem - ao uso de maquilhagem	34
	Incentivar a pessoa a manter as suas atividades sociais	35
	Reforçar os aspetos positivos da pessoa	36

	Preparar a pessoa para explicar às pessoas significativas (filhos, pais, outros) a queda do cabelo	37
	Promover o envolvimento das pessoas significativas no processo	38
INFORMAÇÃO E EDUCAÇÃO	Informar sobre a probabilidade e grau de alopecia expectável	39
	Informar sobre o momento expectável da queda do cabelo e de que forma cai	40
	Explicar a causa da queda do cabelo	41
	Informar em que locais do corpo o pelo irá cair	42
	Descrever os sintomas associados à queda do cabelo	43
	Informar sobre o efeito transitório da alopecia	44
	Informar sobre as medidas de proteção até ao crescimento do cabelo	45
	Informar sobre maquilhagem corretiva	46
	Informar sobre os cuidados à pele	47
	Informar sobre os dispositivos de reabilitação da imagem existentes	48
	Orientar antecipadamente para a aquisição de dispositivos de reabilitação da imagem	49
	Informar quando e como o cabelo volta a crescer	50
	Informar sobre os cuidados ao cabelo antes da queda ou após o seu crescimento: - Evitar a lavagem diária do cabelo - Uso de champôs ricos em proteínas e com pH neutro - Lavar o cabelo com água tépida - Deixar o cabelo secar ao natural, sem usar secador ou placas de aquecimento - Usar pente de dentes largos ou escovas de cerdas macias - Não escovar excessivamente o cabelo - Evitar molas, rolos, secadores ou equipamentos agressivos para o cabelo - Evitar usar tintas de coloração	51
	Informar sobre o potencial impacto da alopecia (psicossocial, na imagem corporal e na sexualidade, no autoconceito e autoimagem)	52
	Informar sobre associações voluntárias e comunitárias disponíveis	53
	Informar sobre cabeleireiros e salões de beleza existentes	54
	Informar sobre os recursos audiovisuais disponíveis	55
	Fornecer informação escrita sobre: - Alopecia - Cuidados a ter perante este efeito secundário - Dispositivos de reabilitação da imagem existentes - Recursos da comunidade existentes	56
	Informar a pessoa sobre a secura das mucosas (olhos, nariz)	57
	Informar a pessoa da importância do tratamento	58
REFERENCIAÇÃO	Referenciar para cabeleireiros e salões de beleza	59
	Referenciar para grupos de apoio, associações voluntárias ou comunitárias	60
	Referenciar para profissionais especializados ou consultas de apoio psicológico	61
	Referenciar para sistemas de apoio social e financeiro	62

Legenda:

51	Intervenções identificadas pela pesquisa bibliográfica utilizando a metodologia de revisão <i>scoping</i>
4	Intervenções adicionadas através da observação das consultas de enfermagem
7	Intervenções adicionadas através da aplicação dos questionários

**APÊNDICE XIV – Léxico das intervenções promotoras da adaptação
à AIQ identificadas na evidência científica
traduzidas para a linguagem CIPE (versão 2015)**

Linguagem da evidência científica	Linguagem proposta pela CIPE (versão 2015)
Intervenções de Avaliação	
Avaliar o significado da alopecia (para a pessoa e família)	Avaliar o significado da queda do pelo para o cliente (e família)
Avaliar o impacto da alopecia na autoimagem da pessoa	Avaliar risco de autoimagem comprometida
Avaliar a resposta esperada à alopecia	Avaliar como o cliente percebe a sua imagem no futuro
Identificar os sentimentos e emoções face à alopecia	Identificar sentimentos e emoções do cliente perante o fenómeno
Avaliar o risco de alteração do autoconceito	Avaliar risco de identidade pessoal comprometida
Avaliar o impacto da alopecia na qualidade de vida da pessoa	Avaliar qualidade de vida comprometida
Identificar a perda de confiança no futuro	Avaliar risco de esperança comprometida
Avaliar o conhecimento da pessoa sobre os dispositivos de reabilitação da imagem existentes	Avaliar o conhecimento sobre dispositivos de reabilitação da imagem
	Avaliar conhecimento sobre maquilhagem corretiva
Avaliar a dificuldade no autocuidado relacionado com a alopecia (banho, maquilhagem, escolha de vestuário)	Avaliar risco de autocuidado comprometido
Avaliar o risco de alterações na realização das atividades (familiares, sociais, recreativas, profissionais)	Avaliar risco de papéis comprometidos
Avaliar a presença de sintomas físicos relacionados com a alopecia (dor, prurido ou outro)	Alterada para a intervenção do âmbito da informação e educação de “Descrever os sintomas associados à queda do cabelo”
Avaliar o risco de alteração da sexualidade	Avaliar risco de funcionamento sexual comprometido
Avaliar o risco de alterações psicossociais	Avaliar risco de status psicológico comprometido (risco de sofrimento, ansiedade, tristeza e/ou isolamento social)
Avaliar o risco de isolamento social	
Identificar o sistema de suporte da pessoa (familiar, social, financeiro ou outro)	Identificar tipos de apoio (familiar, emocional e/ou social)
Avaliar se a pessoa sente que o tratamento é mais pesado devido à alopecia	Avaliar aceitação do estado de saúde
Avaliar se a pessoa tem conhecimento da ocorrência da alopecia	Avaliar o conhecimento do cliente sobre a queda do pelo
Identificar os dados pessoais da pessoa	Entrevistar o cliente
Avaliar a qualidade do cabelo	Avaliar o pelo do cliente
Identificar se a pessoa contactou anteriormente com outras pessoas com alopecia	Verificar contato no passado com o fenómeno
Identificar a presença de mitos e crenças erradas relativas à alopecia	Identificar crenças do cliente relativas ao fenómeno
Identificar sentimentos e preocupações face à opinião dos outros	Identificar problemas de relacionamento e atitudes da família perante o fenómeno

Intervenções de Gestão e Suporte	
Confortar a pessoa	Estar presente Apoiar o cliente a gerir emoções
Promover um ambiente físico adequado	Assegurar privacidade e ambiente físico efetivo
Preparar a pessoa para a inevitabilidade da queda do cabelo	Alterada para a intervenção de informação e educação “Informar o cliente do potencial risco de <i>status</i> fisiológico e psicológico comprometido”
Aconselhar ao corte do cabelo mais curto antes da queda do cabelo	Aconselhar o cliente sobre corte do cabelo
Orientar quando e onde cortar o cabelo	
Orientar a pessoa na escolha dos dispositivos de reabilitação da imagem mais adequados para si	Incentivar o cliente a identificar o dispositivo de reabilitação da imagem adequado
Aconselhar sobre o uso de maquilhagem corretiva	Aconselhar o cliente sobre maquilhagem corretiva
Promover a sensação de controlo da pessoa	Apoiar o cliente no processo de tomada de decisão
Promover o uso de estratégias de adaptação	
Escutar ativamente a pessoa	Escutar o cliente
Encorajar a pessoa a ter esperança e confiança	Estimular esperança
Promover o autocuidado relativamente: <ul style="list-style-type: none"> - ao cabelo - ao couro cabeludo - aos dispositivos de reabilitação da imagem - ao uso de maquilhagem 	Incentivar o cliente para o autocuidado
Incentivar a pessoa a manter as suas atividades sociais	Incentivar o cliente a manter o papel familiar, social e profissional
Reforçar os aspetos positivos da pessoa	Elogiar o cliente
Preparar a pessoa para explicar às pessoas significativas (filhos, pais, outros) a queda do cabelo	Aconselhar o cliente como explicar a queda do pelo à família
Promover o envolvimento das pessoas significativas no processo	Estimular a participação da família no processo de adaptação
Intervenções de Informação e Educação	
Informar sobre a probabilidade e grau de alopecia expectável	Informar o cliente do potencial risco da queda do pelo
Informar sobre o momento expectável da queda do cabelo e de que forma cai	Explicar ao cliente as características da queda do pelo
Explicar a causa da queda do cabelo	
Informar em que locais do corpo o pelo irá cair	
Descrever os sintomas associados à queda do cabelo	
Informar sobre o efeito transitório da alopecia	Informar o cliente do efeito transitório e reversível da queda do pelo
Informar sobre as medidas de proteção até ao crescimento do cabelo	Ensinar ao cliente sobre o autocuidado com o pelo no período de crescimento
Informar sobre maquilhagem corretiva	Informar o cliente sobre a maquilhagem corretiva
Informar sobre os cuidados à pele	Ensinar o cliente sobre o autocuidado com a pele e couro cabeludo

Informar sobre os dispositivos de reabilitação da imagem existentes	Informar o cliente sobre os dispositivos de reabilitação da imagem
Orientar antecipadamente para a aquisição de dispositivos de reabilitação da imagem	Treinar o uso dos dispositivos de reabilitação da imagem
Informar quando e como o cabelo volta a crescer	Explicar ao cliente as características do crescimento do pelo
<p>Informar sobre os cuidados ao cabelo antes da queda ou após o seu crescimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evitar a lavagem diária do cabelo - Uso de champôs ricos em proteínas e com pH neutro - Lavar o cabelo com água tépida - Deixar o cabelo secar ao natural, sem usar secador ou placas de aquecimento - Usar pente de dentes largos ou escovas de cerdas macias - Não escovar excessivamente o cabelo - Evitar molas, rolos, secadores ou equipamentos agressivos para o cabelo - Evitar usar tintas de coloração 	Ensinar o cliente sobre o autocuidado com a pele e couro cabeludo
Informar sobre o potencial impacto da alopecia (psicossocial, na imagem corporal e na sexualidade, no autoconceito e autoimagem)	Informar o cliente do potencial risco de <i>status</i> fisiológico e psicológico comprometido
Informar sobre associações voluntárias e comunitárias disponíveis	Informar o cliente sobre os recursos da estrutura social
Informar sobre cabeleireiros e salões de beleza existentes	
Informar sobre os recursos audiovisuais disponíveis	
<p>Fornecer informação escrita sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alopecia - Cuidados a ter perante este efeito secundário - Dispositivos de reabilitação da imagem existentes - Recursos da comunidade existentes 	Dar informação escrita sobre o fenómeno
Informar a pessoa sobre a secura das mucosas (olhos, nariz)	Informar o cliente sobre o risco de mucosas comprometidas
Informar a pessoa da importância do tratamento	Explicar ao cliente a importância da QT
Intervenções de Referenciação	
Referenciar para cabeleireiros e salões de beleza	Referenciar o cliente para institutos de cuidados estéticos
Referenciar para grupos de apoio, associações voluntárias ou comunitárias	Referenciar o cliente para grupos de apoio ou associações voluntárias
Referenciar para profissionais especializados ou consultas de apoio psicológico	Referenciar o cliente para profissionais especializados
Referenciar para sistemas de apoio social e financeiro	Referenciar o cliente para sistemas de apoio social e financeiro

**APÊNDICE XV – Carta com pedido de colaboração
enviada ao painel de peritos**

Caro Enfermeiro/a

O presente questionário insere-se num projeto do curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem Oncológica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, que se intitula “A intervenção do enfermeiro na promoção da adaptação da alopecia induzida por quimioterapia”.

O objetivo deste questionário é validar, utilizando um grupo de peritos, as intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à alopecia induzida por quimioterapia, identificadas em etapas anteriores do projeto (revisão da literatura, observação de consultas de enfermagem e questionários a enfermeiros com experiência na área).

Este questionário tem, numa primeira secção, questões demográficas que permitirão caraterizar os participantes do grupo de peritos, sendo assegurado o anonimato e a confidencialidade dos seus dados; numa segunda secção é solicitado que assinale com um X a sua opinião para cada uma das intervenções enunciadas.

Em cada uma das respostas e/ou no final existe uma secção para que possa deixar algum comentário adicional e/ou sugerir outras intervenções que lhe pareçam em falta.

A resposta a este questionário subentende a aceitação livre e informada do seu preenchimento, sendo-lhe garantida o anonimato e confidencialidade de dados.

Agradeço desde já a sua participação pedindo o preenchimento do questionário até dia 18 de janeiro.

Grata pela sua colaboração,
Rita Carvalho

Código de Questionário: QP_____

Dados demográficos:	
Idade: _____ anos	Género: <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino
Formação académica:	
<input type="checkbox"/> Licenciatura em _____	
<input type="checkbox"/> Formação não académica em _____	
<input type="checkbox"/> Especialidade em _____	
<input type="checkbox"/> Mestrado em _____	
<input type="checkbox"/> Doutoramento em _____	
Experiência profissional: _____ anos	
Experiência profissional na área da oncologia: _____ anos	
Serviço onde exerce funções: _____ Ambulatório _____ Internamento	

Solicita-se que assinale o grau de concordância para cada uma das intervenções apresentadas. Caso sinta necessidade, pode comentar as intervenções apresentadas ou sugerir outras que lhe pareçam em falta.

Intervenções	Discordo Totalmente	Discordo	Discordo parcialmente	Sem opinião	Concordo parcialmente	Concordo	Concordo Totalmente	Comentários
Intervenções de AVALIAÇÃO								
1. Entrevistar o cliente								
2. Avaliar aceitação do estado de saúde								
3. Avaliar risco de <i>status</i> psicológico comprometido (risco de sofrimento, de ansiedade, de tristeza e de isolamento social)								
4. Identificar sentimento de impotência e emoções do cliente perante o fenómeno								
5. Avaliar qualidade de vida comprometida								
6. Avaliar risco de identidade pessoal comprometida								
7. Avaliar risco de esperança comprometida								

8. Avaliar risco de autoimagem comprometida								
9. Identificar como o cliente perceciona a sua imagem no futuro								
10. Avaliar o significado da queda do pelo para o cliente (e família)								
11. Verificar contato no passado com o fenómeno								
12. Identificar crenças do cliente relativas ao fenómeno								
13. Avaliar o conhecimento do cliente sobre a queda do pelo								
14. Avaliar o pelo do cliente								
15. Avaliar conhecimento sobre dispositivos de reabilitação da imagem (próteses capilares, fitas, lenços, turbantes, gorros ou chapéus)								
16. Avaliar conhecimento sobre maquilhagem corretiva								
17. Avaliar risco de papéis comprometidos								
18. Identificar problemas de relacionamento e atitudes da família perante o fenómeno								
19. Identificar tipo de apoios (apoio familiar, emocional e social)								
20. Avaliar risco de funcionamento sexual comprometido								
21. Avaliar risco de autocuidado comprometido								
Intervenções de GESTÃO e SUPORTE								
1. Estar presente								
2. Assegurar privacidade e ambiente físico efetivo								
3. Escutar o cliente								
4. Estimular esperança								
5. Apoiar o cliente a gerir emoções								
6. Elogiar o cliente								

7. Aconselhar o cliente sobre corte do cabelo								
8. Apoiar o cliente no processo de tomada de decisão								
9. Incentivar o cliente a identificar o dispositivo de adaptação adequado								
10. Aconselhar o cliente sobre maquilhagem corretiva								
11. Aconselhar o cliente a explicar a queda do pelo à família								
12. Estimular a participação da família no processo de adaptação								
13. Incentivar o cliente para o autocuidado								
14. Incentivar o cliente a manter o papel familiar, social e profissional								
Intervenções de INFORMAÇÃO e EDUCAÇÃO								
1. Explicar ao cliente a importância da quimioterapia								
2. Informar o cliente do potencial risco da queda do pelo								
3. Explicar ao cliente as características da queda do pelo (causa, grau, período expectável da queda, sintomas físicos, locais do corpo)								
4. Informar o cliente do efeito transitório e reversível da queda do pelo								
5. Ensinar o cliente sobre o autocuidado com a pele e couro cabeludo (hidratação, proteção contra agressões ambientais)								
6. Explicar ao cliente as características do crescimento do pelo (tempo, possíveis alterações de cor e textura)								

7. Ensinar ao cliente sobre o autocuidado com e pelo no período de crescimento (evitar a lavagem diária, uso de champô neutro, uso de água tépida, não usar equipamento ou produtos agressivos, deixar o cabelo secar ao natural, usar pente de dentes largos e não escovar excessivamente o cabelo)								
8. Informar o cliente sobre o risco de mucosas comprometidas (olhos, nariz e outras)								
9. Informar o cliente do potencial risco de <i>status</i> fisiológico e psicológico comprometido								
10. Informar o cliente sobre os dispositivos de reabilitação da imagem								
11. Treinar o uso dos dispositivos de reabilitação da imagem								
12. Informar o cliente sobre a maquiagem corretiva								
13. Informar o cliente sobre os recursos da estrutura social								
14. Dar informação escrita sobre o fenómeno								
Intervenções de REFERENCIAÇÃO								
1. Referenciar o cliente para institutos de cuidados estéticos								
2. Referenciar o cliente para grupos de apoio e associações voluntárias								
3. Referenciar o cliente para profissionais especializados								
4. Referenciar o cliente para sistemas de apoio social e financeiro								

APÊNDICE XVI – Resultados da validação do painel de peritos

Intervenções de Avaliação	Nível de Consenso
1. Entrevistar o cliente	Consenso elevado
2. Avaliar aceitação do estado de saúde	Consenso elevado
3. Avaliar risco de <i>status</i> psicológico comprometido (risco de sofrimento, de ansiedade, de tristeza e de isolamento social)	Consenso elevado
4. Identificar sentimento de impotência e emoções do cliente perante o fenómeno	Consenso elevado
5. Avaliar qualidade de vida comprometida	Consenso elevado
6. Avaliar risco de identidade pessoal comprometida	Consenso elevado
7. Avaliar risco de esperança comprometida	Consenso elevado
8. Avaliar risco de autoimagem comprometida	Consenso elevado
9. Identificar como o cliente perceciona a sua imagem no futuro	Consenso elevado
10. Avaliar o significado da queda do pelo para o cliente (e família)	Consenso máximo
11. Verificar contato no passado com o fenómeno	Consenso elevado
12. Identificar crenças do cliente relativas ao fenómeno	Consenso elevado
13. Avaliar o conhecimento do cliente sobre a queda do pelo	Consenso elevado
14. Avaliar o pelo do cliente	Excluída
15. Avaliar conhecimento sobre dispositivos de reabilitação da imagem (próteses capilares, fitas, lenços, turbantes, gorros ou chapéus)	Consenso elevado
16. Avaliar conhecimento sobre maquilhagem corretiva	Consenso elevado
17. Avaliar risco de papéis comprometidos	Consenso elevado
18. Identificar problemas de relacionamento e atitudes da família perante o fenómeno	Consenso elevado
19. Identificar tipo de apoios (apoio familiar, emocional e social)	Consenso máximo
20. Avaliar risco de funcionamento sexual comprometido	Consenso elevado
21. Avaliar risco de autocuidado comprometido	Consenso elevado
Intervenções de Gestão e Suporte	Nível de Consenso
1. Estar presente	Consenso elevado
2. Assegurar privacidade e ambiente físico efetivo	Consenso máximo
3. Escutar o cliente	Consenso máximo
4. Estimular esperança	Consenso elevado
5. Apoiar o cliente a gerir emoções	Consenso elevado
6. Elogiar o cliente	Consenso máximo

7. Aconselhar o cliente sobre corte do cabelo	Consenso máximo
8. Apoiar o cliente no processo de tomada de decisão	Consenso elevado
9. Incentivar o cliente a identificar o dispositivo de adaptação adequado	Consenso máximo
10. Aconselhar o cliente sobre maquilhagem corretiva	Consenso elevado
11. Aconselhar o cliente a explicar a queda do pelo à família	Consenso elevado
12. Estimular a participação da família no processo de adaptação	Consenso elevado
13. Incentivar o cliente para o autocuidado	Consenso máximo
14. Incentivar o cliente a manter o papel familiar, social e profissional	Consenso elevado
Intervenções de Informação e Educação	Nível de Consenso
1. Explicar ao cliente a importância da quimioterapia	Consenso elevado
2. Informar o cliente do potencial risco da queda do pelo	Consenso elevado
3. Explicar ao cliente as características da queda do pelo (causa, grau, período expectável da queda, sintomas físicos, locais do corpo)	Consenso elevado
4. Informar o cliente do efeito transitório e reversível da queda do pelo	Consenso máximo
5. Ensinar o cliente sobre o autocuidado com a pele e couro cabeludo (hidratação, proteção contra agressões ambientais)	Consenso elevado
6. Explicar ao cliente as características do crescimento do pelo (tempo, possíveis alterações de cor e textura)	Consenso elevado
7. Ensinar ao cliente sobre o autocuidado com o pelo no período de crescimento (evitar a lavagem diária, uso de champô neutro, uso de água tépida, não usar equipamento ou produtos agressivos, deixar o cabelo secar ao natural, usar pente de dentes largos e não escovar excessivamente o cabelo)	Consenso máximo
8. Informar o cliente sobre o risco de mucosas comprometidas (olhos, nariz e outras)	Consenso elevado
9. Informar o cliente do potencial risco de <i>status</i> fisiológico e psicológico comprometido	Consenso elevado
10. Informar o cliente sobre os dispositivos de reabilitação da imagem	Consenso elevado
11. Treinar o uso dos dispositivos de reabilitação da imagem	Consenso elevado
12. Informar o cliente sobre a maquilhagem corretiva	Consenso elevado
13. Informar o cliente sobre os recursos da estrutura social	Consenso elevado

14. Dar informação escrita sobre o fenómeno	Consenso elevado
Intervenções de Referenciação	Nível de Consenso
1. Referenciar o cliente para institutos de cuidados estéticos	Consenso elevado
2. Referenciar o cliente para grupos de apoio e associações voluntárias	Consenso elevado
3. Referenciar o cliente para profissionais especializados	Consenso elevado
4. Referenciar o cliente para sistemas de apoio social e financeiro	Consenso elevado

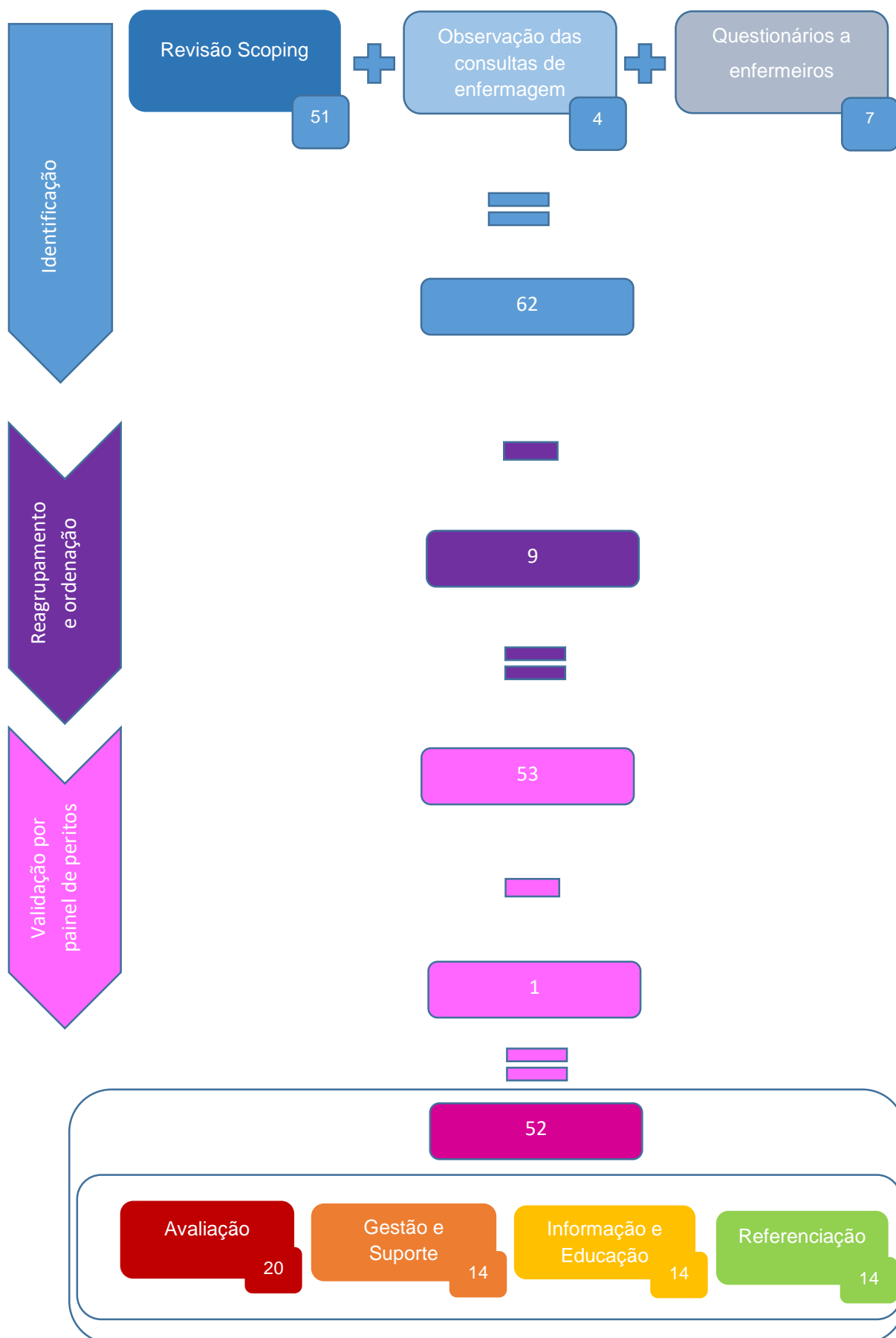
**APÊNDICE XVII – Lista final das intervenções de enfermagem
promotoras da adaptação da pessoa à AIQ**

Lista final das intervenções de enfermagem promotoras da adaptação da pessoa à AIQ

Intervenções de Avaliação
1. Entrevistar o cliente
2. Avaliar aceitação do estado de saúde
3. Avaliar risco de <i>status</i> psicológico comprometido (risco de sofrimento, de ansiedade, de tristeza e de isolamento social)
4. Identificar sentimento de impotência e emoções do cliente perante o fenómeno
5. Avaliar qualidade de vida comprometida
6. Avaliar risco de identidade pessoal comprometida
7. Avaliar risco de esperança comprometida
8. Avaliar risco de autoimagem comprometida
9. Identificar como o cliente perceciona a sua imagem no futuro
10. Avaliar o significado da queda do pelo para o cliente (e família)
11. Verificar contato no passado com o fenómeno
12. Identificar crenças do cliente relativas ao fenómeno
13. Avaliar o conhecimento do cliente sobre a queda do pelo
14. Avaliar conhecimento sobre dispositivos de reabilitação da imagem (próteses capilares, fitas, lenços, turbantes, gorros ou chapéus)
15. Avaliar conhecimento sobre maquilhagem corretiva
16. Avaliar risco de papéis comprometidos
17. Identificar problemas de relacionamento e atitudes da família perante o fenómeno
18. Identificar tipo de apoios (apoio familiar, emocional e social)
19. Avaliar risco de funcionamento sexual comprometido
20. Avaliar risco de autocuidado comprometido
Intervenções de Gestão e Suporte
1. Estar presente
2. Assegurar privacidade e ambiente físico efetivo
3. Escutar o cliente
4. Estimular esperança
5. Apoiar o cliente a gerir emoções
6. Elogiar o cliente
7. Aconselhar o cliente sobre corte do cabelo
8. Apoiar o cliente no processo de tomada de decisão
9. Incentivar o cliente a identificar o dispositivo de adaptação adequado

10. Aconselhar o cliente sobre maquiagem corretiva
11. Aconselhar o cliente a explicar a queda do pelo à família
12. Estimular a participação da família no processo de adaptação
13. Incentivar o cliente para o autocuidado
14. Incentivar o cliente a manter o papel familiar, social e profissional
Intervenções de Informação e Educação
1. Explicar ao cliente a importância da quimioterapia
2. Informar o cliente do potencial risco da queda do pelo
3. Explicar ao cliente as características da queda do pelo (causa, grau, período expectável da queda, sintomas físicos, locais do corpo)
4. Informar o cliente do efeito transitório e reversível da queda do pelo
5. Ensinar o cliente sobre o autocuidado com a pele e couro cabeludo (hidratação, proteção contra agressões ambientais)
6. Explicar ao cliente as características do crescimento do pelo (tempo, possíveis alterações de cor e textura)
7. Ensinar ao cliente sobre o autocuidado com o pelo no período de crescimento (evitar a lavagem diária, uso de champô neutro, uso de água tépida, não usar equipamento ou produtos agressivos, deixar o cabelo secar ao natural, usar pente de dentes largos e não escovar excessivamente o cabelo)
8. Informar o cliente sobre o risco de mucosas comprometidas (olhos, nariz e outras)
9. Informar o cliente do potencial risco de <i>status</i> fisiológico e psicológico comprometido
10. Informar o cliente sobre os dispositivos de reabilitação da imagem
11. Treinar o uso dos dispositivos de reabilitação da imagem
12. Informar o cliente sobre a maquiagem corretiva
13. Informar o cliente sobre os recursos da estrutura social
14. Dar informação escrita sobre o fenómeno
Intervenções de Referenciação
1. Referenciar o cliente para institutos de cuidados estéticos
2. Referenciar o cliente para grupos de apoio e associações voluntárias
3. Referenciar o cliente para profissionais especializados
4. Referenciar o cliente para sistemas de apoio social e financeiro

**APÊNDICE XVIII – Fluxograma do processo de identificação e
validação das intervenções de enfermagem
promotoras da adaptação da pessoa à AIQ**

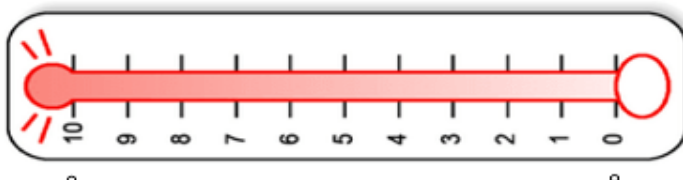


APÊNDICE XIX – Termómetro de avaliação do impacto da alopecia

TERMÓMETRO DE AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA ALOPÉCIA

Qual o grau de impacto que a alopecia (queda do cabelo) tem para si?

Secção I: Assinale o número que melhor quantifica a intensidade das suas preocupações/problemas perante a ocorrência da alopecia (queda do cabelo), em que zero (0) corresponde à ausência de preocupações/ problemas e dez (10) corresponde ao seu nível máximo.

		<p>Secção II: Em seguida, indique quais das seguintes questões são um problema/preocupação para si devido à alopecia:</p>	
<p>Problemas Físicos:</p> <p><input type="checkbox"/> Dor no couro cabeludo</p> <p><input type="checkbox"/> Prurido (comichão)</p> <p><input type="checkbox"/> Ardor ou sensação de queimadura</p> <p><input type="checkbox"/> Outros: _____</p>		<p>Problemas de Autoconceito</p> <p><input type="checkbox"/> Sentido de feminilidade/ masculinidade</p> <p><input type="checkbox"/> Satisfação da sexualidade</p> <p><input type="checkbox"/> Outros: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Sentir-se diferente dos outros</p> <p><input type="checkbox"/> Desconforto quando se vê ao espelho</p> <p><input type="checkbox"/> Alteração da auto-imagem</p> <p><input type="checkbox"/> Irritação/ Revolta</p>	
<p>Problemas de interdependência:</p> <p><input type="checkbox"/> O olhar dos outros</p> <p><input type="checkbox"/> Capacidade para falar sobre a alopecia</p> <p><input type="checkbox"/> Relação com a família</p> <p><input type="checkbox"/> Relação com o(a) companheiro (a)</p> <p><input type="checkbox"/> Relação com os filhos</p> <p><input type="checkbox"/> Relação com os amigos</p>		<p>Problemas de Papel:</p> <p><input type="checkbox"/> Mostrar que está doente</p> <p><input type="checkbox"/> Interferência na atividade profissional</p> <p><input type="checkbox"/> Outros: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ansiedade</p> <p><input type="checkbox"/> Tristeza</p> <p><input type="checkbox"/> Solidão</p> <p><input type="checkbox"/> Sensação de perda</p> <p><input type="checkbox"/> Falta de confiança no futuro</p> <p><input type="checkbox"/> Alteração da auto-estima</p> <p><input type="checkbox"/> Conhecimentos sobre como lidar com a queda do cabelo</p>	
<p>1ª avaliação: _____ / _____</p> <p>2ª avaliação: _____ / _____</p>		<p>Secção III: Queremos ajudá-la(o) a vivenciar esta fase da melhor forma para si.</p> <p>Vai querer cortar o cabelo? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Por fases: 1º corte: _____ / _____ 2º corte: _____ / _____</p> <p>Quem deseja que esteja presente nesses momentos? _____</p> <p>Que outros aspetos serão importantes nesse momento? _____</p>	

Instrumento criado com base na *Chemotherapy-induced Alopecia Distress Scale* de Cho, J., Choi, E., Kim, I., Im, Y., Park, Y., Lee, S., Lee, J., Yang, J., Nam, S. (2013) e no *Distress Thermometer* de National Comprehensive Cancer Network (2018)

APÊNDICE XX – Folheto informativo “Bela-me-quero”

A QUEDA DE CABELO CAUSADA PELA QUIMIOTERAPIA



Área Hemato-Oncológica

Data: Janeiro 2019

A QUEDA DO CABELO CAUSADA PELA QUIMIOTERAPIA (ALOPÉCIA INDUZIDA POR QUIMIOTERAPIA)

A queda do cabelo é um efeito secundário ao seu tratamento de quimioterapia. Surge devido à ação dos fármacos utilizados durante o tratamento e que atuam na divisão das células.

Este efeito é temporário; o cabelo volta a crescer após o final dos seus tratamentos.

A queda do pelo no couro cabeludo é mais rápida e visível. Porém, poderá ocorrer em outros locais, tais como: sobrancelhas, pestanas, bigode, barba e pelos púbicos.

Algumas pessoas referem desconforto, comichão ou formiguelo no couro cabeludo aquando da queda.

QUANDO OCORRE A QUEDA DO CABELO?

A queda do cabelo ocorre normalmente entre a 2ª e 3ª semana após o início do seu tratamento, podendo ser gradual ou repentina.

CUIDADOS A TER ANTES DA QUEDA DO CABELO:

Antes da queda do cabelo, para facilitar a sua adaptação:

- Pense na melhor alternativa para si! Existem diversos recursos que podem ajudar a ocultar a queda do cabelo, como próteses, lenços, turbantes, chapéus e gorros;
- Adquirir estes recursos antes da queda do cabelo; poderá optar por algo semelhante ao seu visual habitual ou escolher um visual diferente;
- Pense na alternativa de cortar o cabelo mais curto inicialmente para se adaptar à alteração da sua imagem e para evitar o desconforto de assistir a uma queda significativa do cabelo;
- Converse com os seus familiares sobre a queda de cabelo e as possíveis alterações da sua imagem corporal.



CUIDADOS A TER DURANTE A QUEDA DO CABELO:

- Utilize o recurso que melhor se adapta a si;
- Proteja o couro cabeludo e outras áreas de perda de cabelo contra o sol e o frio, utilizando protetor solar e turbantes ou gorros;
- Hidrate o couro cabeludo: continue a lavá-lo com produtos neutros adequados e a aplicar um creme amaciador;
- Utilize maquilhagem corretiva, tal como lápis definidor de sobrancelhas, base para imperfeições, ou outros produtos de maquilhagem, à base de minerais;
- Os olhos e as narinas podem secar por falta dos cílios (pelos): hidrate-os com soro fisiológico e utilize óculos de sol.



CUIDADOS A TER DURANTE O CRESCIMENTO DO CABELO: Cerca de 6 a 8 semana após o último tratamento, o cabelo voltará a crescer, de forma gradual. Poderá crescer com uma textura e cor diferente da anterior. Durante este período: <ul style="list-style-type: none">• Evite a lavagem diária do cabelo;• Use champôs rico em proteínas e com pH neutro;• Lave o cabelo com água tépida;• Deixe o cabelo secar ao natural, evitando o uso de secadores ou placas de aquecimento;• Use um pente de dentes largos ou uma escova de cerdas macias;• Não o escove excessivamente;• Evite usar elásticos, molas, rolos ou outros acessórios agressivos;• Evite o uso de lacas, gel de fixação, tintas de coloração (ou se preferir, use tintas sem amoníaco e à base de produtos naturais) ou outros produtos agressivos para o cabelo.	LOCAIS ONDE PODE RECORRER: Existem diversos locais onde pode recorrer para adquirir dispositivos para ocultar a alopecia, como as próteses capilares, turbantes, lenços ou outros. Diversas lojas de maquilhagem também já dispõem de produtos adequados para corrigir as alterações da pele e dos cílios provocadas pelos tratamentos de quimioterapia.  Caso necessite de algumas informações relativas aos locais a recorrer questione a equipa de enfermagem que estará disponível para a(o) informar e esclarecer.
APOIO SOCIAL E FINANCEIRO: Pode solicitar ao seu médico assistente a prescrição de uma prótese capilar (considerada uma ajuda técnica). Alguns subsistemas de saúde (ADSE; SAMS; ADM; outros) comparticipam em 80% do valor da prótese capilar, mediante a apresentação de receita médica e a fatura da prótese. O Sistema Nacional de Saúde não comparticipa a aquisição das próteses, contudo o seu valor pode ser deduzido no IRS como despesa de saúde. Também a Liga Portuguesa contra o Cancro dá apoio às pessoas com carências económicas para a aquisição de próteses capilares, após a avaliação socioeconómica por parte do Serviço Social do seu hospital e a apresentação da receita médica de ajudas técnicas.	OUTROS RECURSOS DA COMUNIDADE: <ul style="list-style-type: none">• Liga Portuguesa Contra o Cancro (possui cabeleireiro que pretende cuidar da imagem e autoestima das doentes em ambulatório e internamento); Tel: 217248802• Vencer e Viver (Movimento de apoio a mulheres com cancro da mama); Tel: 217200400 A EQUIPA DE ENFERMAGEM ESTÁ DISPONÍVEL PARA A(O) AJUDAR A ADAPTAR-SE A ESTE EFEITO.  Continue a cuidar de si, estar com a sua família e amigos, manter os seus hábitos e projetos de vida.
	Contactos:

**APÊNDICE XXI – Proposta de procedimento setorial
“Promoção da adaptação à alopecia
induzida por quimioterapia”**

ao normal para um determinado indivíduo em uma determinada idade e localização do corpo” (*National Cancer Institute*, 2017 p.142);

Quimioterapia – tratamento que usa drogas para impedir o crescimento de células cancerígenas, destruindo ou impedindo-as de se dividirem (*NCI*, 2018)

5. SIGLAS E ABREVIATURAS

AAN – Agentes antineoplásicos

AIQ – Alopecia induzida por quimioterapia

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

NCI – *National Cancer Institute*

QT- Quimioterapia

6. PROCEDIMENTO

6.1. Enquadramento teórico

Em Portugal, à semelhança do resto do mundo, a incidência das doenças oncológicas tem aumentado a um ritmo de cerca de 3% por ano¹. A acompanhar este aumento, tem-se verificado um crescente número de opções terapêuticas para o controlo das doenças oncológicas, no entanto a QT continua a ser uma das modalidades terapêuticas mais utilizada. Este tipo de tratamento tem diversos efeitos secundários, como as náuseas e os vómitos, astenia, anorexia, alopecia e a neuropatia periférica². Dentro destes, muitos autores descrevem a alopecia como um dos efeitos secundários mais temido e traumático para o doente oncológico submetido a QT^{3,4,5,6,7,8}. A AIQ pode causar alterações na autoimagem, baixa autoestima, diminuição da sensação de bem-estar, ansiedade e depressão⁹. Estas alterações tem um impacto significativo na qualidade de vida da pessoa, podendo causar sofrimento emocional, problemas pessoais, sociais e profissionais¹⁰.

O doente ao iniciar um protocolo de QT que provocará alopecia deverá ser alvo de cuidados de enfermagem promotores da adaptação a este efeito secundário. Para isso o enfermeiro deverá intervir de acordo com este procedimento setorial.

6.2. Intervenções de Enfermagem promotoras da adaptação da pessoa à AIQ

Tendo o enfermeiro um papel preponderante na promoção da adaptação à AIQ, existem diversas intervenções de enfermagem, identificadas na evidência científica e nos contextos de cuidados, que poderão ser realizadas junto da pessoa com doença hemato-oncológica, de forma a facilitar o seu processo de adaptação a este problema. Estas intervenções são de quatro domínios diferentes, mas complementares uns dos outros, intervenções de **Avaliação**, de **Gestão e suporte**, de **Informação e educação**, e de **Referenciação**, o que deu origem ao acrónimo AGIeR. Estas intervenções não têm uma ordem cronológica de atuação, dado que a promoção da adaptação da pessoa à AIQ é um percurso contínuo, bem como representado na figura 1.

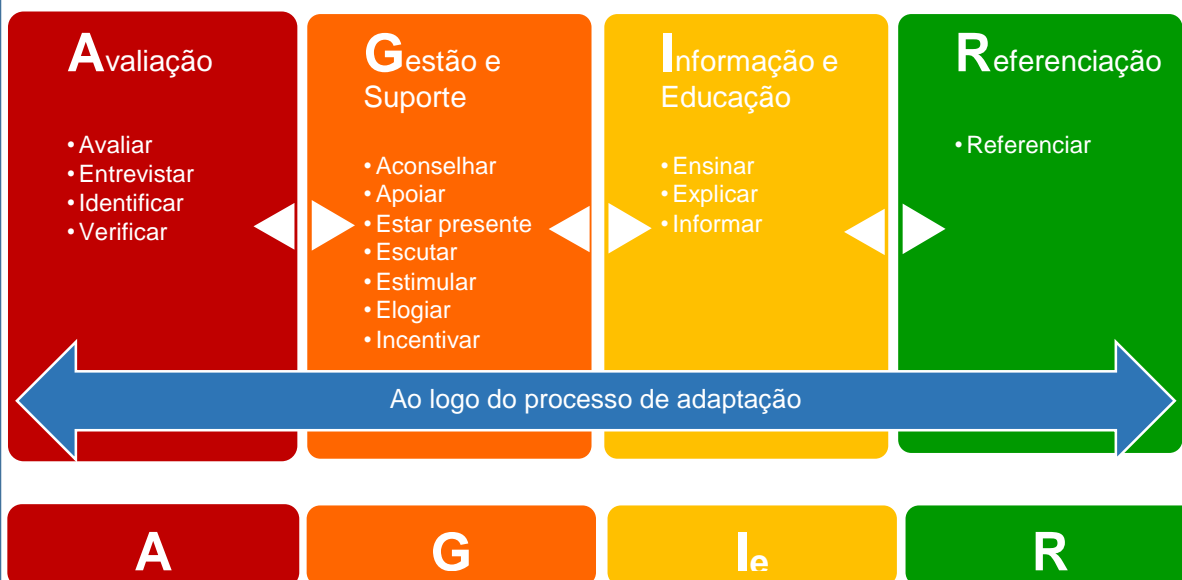


Figura 1- Acrónimo AGIeR

Em seguida são apresentadas as intervenções de enfermagem sugeridas para promover a adaptação da pessoa à AIQ, podendo encontrar a descrição e fundamentação das mesmas no Apêndice I.

6.2.1. Intervenções do âmbito da Avaliação

Avaliar, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) é “estimar a dimensão, qualidade ou significado de alguma coisa” (ICN, 2016, p. 114). Assim, as intervenções do âmbito da avaliação incluem as ações para determinar o impacto da AIQ na pessoa e família.

Para isso, sugerem-se intervenções como:

- Entrevistar o cliente
- Avaliar aceitação do estado de saúde
- Avaliar risco de *status* psicológico comprometido
- Identificar sentimento de impotência e emoções do cliente perante o fenómeno
- Avaliar qualidade de vida comprometida
- Avaliar risco de identidade pessoal comprometida
- Avaliar risco de esperança comprometida
- Avaliar risco de autoimagem comprometida
- Identificar como o cliente perceciona a sua imagem no futuro
- Avaliar o significado da queda do pelo para o cliente (e família)
- Verificar contato no passado com o fenómeno
- Identificar crenças do cliente relativas ao fenómeno
- Avaliar o conhecimento do cliente sobre a queda do pelo
- Avaliar conhecimento sobre dispositivos de reabilitação da imagem
- Avaliar conhecimento sobre maquilhagem corretiva
- Avaliar risco de papéis comprometidos
- Identificar problemas de relacionamento e atitudes da família perante o fenómeno
- Identificar tipo de apoios (apoio familiar, emocional e social)
- Avaliar risco de funcionamento sexual comprometido
- Avaliar risco de autocuidado comprometido

6.2.2. Intervenções do âmbito da Gestão e Suporte

Gerir, segundo a CIPE é a ação de “estar encarregado de, e organizar para alguém ou alguma coisa” (ICN, 2016, p. 116). Suportar, que na linguagem CIPE surge como apoiar é “ajudar social ou psicologicamente alguém a ser bem-sucedido, a evitar que alguém ou alguma coisa fracasse, a suportar o peso, a manter a posição e a aguentar-se” (ICN, 2016, p. 113). Intervenções do âmbito da Gestão e Suporte de forma a promover a adaptação da pessoa à AIQ incluem:

- Estar presente
- Assegurar privacidade e ambiente físico efetivo
- Escutar o cliente
- Estimular esperança
- Apoiar o cliente a gerir emoções

- Elogiar o cliente
- Aconselhar o cliente sobre corte do cabelo
- Apoiar o cliente no processo de tomada de decisão
- Incentivar o cliente a identificar o dispositivo de adaptação adequado
- Aconselhar o cliente sobre maquiagem corretiva
- Aconselhar o cliente a explicar a queda do pelo à família
- Estimular a participação da família no processo de adaptação
- Incentivar o cliente para o autocuidado
- Incentivar o cliente a manter o papel familiar, social e profissional

6.2.3. Intervenções do âmbito da Informação e Educação

De acordo com a CIPE, informar é a ação de “comunicar alguma coisa a alguém” (ICN, 2016, p. 117) e educar é “transmitir conhecimentos sobre alguma coisa a alguém” (ICN, 2016, p. 115). Estas ações são imprescindíveis para promover a adaptação da pessoa à AIQ, tais como:

- Explicar ao cliente a importância da quimioterapia
- Informar o cliente do potencial risco da queda do pelo
- Explicar ao cliente as características da queda do pelo
- Informar o cliente do efeito transitório e reversível da queda do pelo
- Ensinar o cliente sobre o autocuidado com a pele e couro cabeludo
- Explicar ao cliente as características do crescimento do pelo
- Ensinar ao cliente sobre o autocuidado com o pelo no período de crescimento
- Informar o cliente sobre o risco de mucosas comprometidas
- Informar o cliente do potencial risco de *status* fisiológico e psicológico comprometido
- Informar o cliente sobre os dispositivos de reabilitação da imagem
- Treinar o uso dos dispositivos de reabilitação da imagem
- Informar o cliente sobre a maquiagem corretiva
- Informar o cliente sobre os recursos da estrutura social
- Dar informação escrita sobre o fenómeno

6.2.4. Intervenções do âmbito da Referenciação

Segundo a CIPE, a ação de Referenciar refere-se a “coordenar: encaminhar ou indicar uma pessoa a alguém ou alguma coisa” (ICN, 2016, p. 120). Em relação às intervenções relacionadas com a referenciação e o encaminhamento das pessoas

com AIQ, de forma a promover a adaptação a este efeito secundário, sugerem-se as seguintes intervenções:

- Referenciar o cliente para institutos de cuidados estéticos
- Referenciar o cliente para grupos de apoio e associações voluntárias
- Referenciar o cliente para profissionais especializados
- Referenciar o cliente para sistemas de apoio social e financeiro

6.3. Operacionalização das práticas

A prática que se pretende uniformizar com este procedimento está relacionada com a intervenção de enfermagem de forma a promover a adaptação da pessoa à AIQ. Para isso sugere-se que:

- A)** Identifique a pessoa em risco de AIQ (de acordo com os AAN utilizados);
- B)** Aplique o instrumento “Termómetro de avaliação do impacto da alopecia” (Apêndice II), no período de uma a duas semanas após o início do tratamento de QT;
- C)** Registe o nível de intensidade do impacto da AIQ e desenvolva intervenção do âmbito da gestão e suporte, informação e educação, e referência, de acordo com as necessidades/preocupações referidas pela pessoa (em caso de dúvida deverá solicitar o apoio da responsável do programa);
- D)** Entregue o folheto informativo “Bela-me-quero” (Apêndice III)
- E)** Programe o momento do corte do cabelo de acordo com as preferências expressas pela pessoa no referido instrumento de avaliação, articulando-se com a equipa de saúde, se necessário;
- F)** Agende a reavaliação da intensidade do impacto da alopecia, utilizando o referido instrumento, no período de uma a duas semanas após a queda do cabelo (ou corte total);
- G)** Registe o nível da intensidade do impacto da AIQ deste segundo momento de avaliação e as intervenções desenvolvidas, se necessário.

Em apêndice (Apêndice IV) encontra-se o algoritmo de atuação que esquematiza esta operacionalização das práticas.

6.4. Registo das práticas

Dando visibilidade aos cuidados de enfermagem, as intervenções realizadas na promoção da adaptação da pessoa à AIQ, deverão ser documentadas no sistema de registo informático da instituição em “Notas Gerais”, já que este mesmo sistema não dispõe do Foco de intervenção a “Alopecia” nem o Diagnóstico de Enfermagem “Risco de alopecia” ou “Alopecia presente”. De forma a colmatar esta limitação sugere-se aos enfermeiros que registem as intervenções realizadas de acordo com a check-list em apêndice (Apêndice V).

6.5. Avaliação dos resultados

A avaliação dos registos efetuados pela equipa de enfermagem e os resultados obtidos com a aplicação do instrumento de avaliação “Termómetro de avaliação do impacto da alopecia”, nos dois momentos protocolados, serão analisados pela responsável do programa, com base em indicadores formulados que pretendem traduzir o contributo do exercício profissional dos enfermeiros para os ganhos em saúde da população, de acordo com os enunciados no Core de Indicadores de Enfermagem ¹⁰:

- **Indicadores de Estrutura**

- Elaboração e atualização do Procedimento Setorial “Promoção da Adaptação à Alopecia induzida por Quimioterapia”;
- Elaboração e atualização do instrumento de avaliação “Termómetro do Impacto da Alopecia induzida por Quimioterapia”;
- Elaboração e atualização do folheto informativo “Bela-me-quero”;
- Números de consultas individuais e coletivas realizadas

- **Indicador Epidemiológico**

- **Taxa de prevalência**

$$\frac{\text{Nº de pessoas que desenvolveram AIQ, documentados durante um dado período}}{\text{População submetida a quimioterapia nesse mesmo período}} \times 100$$

- **Indicador de Processo**

- **Taxa de efetividade diagnóstica do risco**

$$\frac{\text{Nº de pessoas que desenvolveram AIQ com risco prévio documentado,} \\ \text{num dado período}}{\text{Nº de pessoas que desenvolveram AIQ no mesmo período}} \times 100$$

- **Indicador de Resultado**

- **Taxa de ganhos de efetividade referentes à adaptação à AIQ**

$$\frac{\text{Nº de pessoas que preencheram o instrumento de avaliação} \\ \text{e que reduziram intensidade do impacto da AIQ após a 2ª avaliação,} \\ \text{e que tiveram pelo menos, uma intervenção documentada,} \\ \text{num dado período}}{\text{Nº de pessoas com AIQ documentadas, no mesmo período}} \times 100$$

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Direção Geral de Saúde (2017). Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Acedido a 20-03-2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-880762-pdf.aspx?v=11736b14-73e6-4b34-a8e8-d22502108547>.
- ² Cho, J., Choi, E., Kim, I., Im, Y., Park, Y., Lee, S., ... Nam, S. (2013). Development and validation of Chemotherapy-induced Alopecia Distress Scale (CADS) for breast cancer patients. *Annals of Oncology*, 25(2), 346–351.
- ³ Batchelor, D. (2001). Hair and cancer chemotherapy: consequences and nursing care – a literary study. *European Journal of Cancer Care*, 10, 147-163.
- ⁴ Rosman, S. (2004). Cancer and stigma: experience of patients with chemotherapy-induced alopecia. *Patient Educ Couns*, 52, 333–339.
- ⁵ Lemieux, J., Maunsell, E. & Provencher, L. (2008). Chemotherapy-induced alopecia and effects on quality of life among women with breast cancer: a literature review. *Psycho-Oncology*, 17, 317–328.
- ⁶ Trueb, R. (2009). Chemotherapy induced alopecia. *Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery*, 28, 11-14.
- ⁷ Erol, O., Can, G. & Aydiner, A. (2011) The effects of alopecia on body image and quality of life of Turkish cancer women with/without headscaves. *Supportive Cancer Care*, 20 (10), 2349-56.
- ⁸ Chon, S., Champion, R., Geddes, E. & Rashid, R. (2012). Chemotherapy-induced alopecia. *J Am Acad Dermatol*, 67(1), 37–47.
- ⁹ Hesketh, P., Batchelor, D., Mitch, G., Lyman, G., Rhodes, N. & Yardley, D. (2004). Chemotherapy-induced alopecia: psychosocial impact and therapeutic approaches. *Support Care Cancer*, 12, 543–549.
- ¹⁰ Can, G., Yildiz, M. & EmelEmineÖzdemir, R. (2017). Supportive care for chemotherapy induced alopecia: challenges and solutions. *Clin Res Infect Dis*, 4(1), 1048.
- ¹¹ Ordem dos Enfermeiros (2007). Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 25-01-2019. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/rmde_indicadores-vfout2007.pdf
- ¹² Choi, E., Kim, I., Chang, O., Kang, D., Nam, S., Lee, J. & Cho, J. (2014). Impact of chemotherapy-induced alopecia distress on body image, psychosocial well-being, and depression in breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 23(10), 1103–1110.

- ¹³ Zannini, L., Verderame, F., Cucchiara, G., Zinna, B., Alba, A. & Ferrara, M. (2012). "My wig has been my journey's companion": perceived effects of an aesthetic care programme for Italian women suffering from chemotherapy-induced alopecia. *European Journal of Cancer Care*, 21(5), 650–660.
- ¹⁴ Borsellino, M. & Young, M. (2010). Anticipatory coping: taking control of hair loss. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 15 (3), 311-315.
- ¹⁵ Anakomi, C., Putri, A. & Pohan, L. (2018). Solution-focused brief therapy approach intervention for increasing self-esteem of young adult women with cancer who experience chemotherapy-induced alopecia. In Ariyanto *et al.* (Eds) *Diversity in unity: perspectives from psychology and behavioral sciences* (73-82). Londres: Taylor & Francis Group.
- ¹⁶ McGarvey, E., Baum, L., Pinkerton, R. & Rogers, L. (2001). Psychological sequelae and alopecia among women with cancer. *Cancer Practice*, 9, 283-289.
- ¹⁷ Dougherty, L. (2007). Using nursing diagnoses in prevention and management of chemotherapy-induced alopecia in the cancer patient. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 18(4), 142-149.
- ¹⁸ Frith, H., Harcourt, D. & Fussell, A. (2007). Anticipating an altered appearance: women undergoing chemotherapy treatment for breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 11 (5), 385–391.
- ¹⁹ Amiel P., Dauchy S., Bodin J., Cerf C., Zenasni F., Pezant E., ... DiPalma M. (2009). Evaluating beauty care provided by the hospital to women suffering from breast cancer: qualitative aspects. *Supportive Care in Cancer*, 17, 839–845.
- ²⁰ Nolte, S., Donnelly, J., Kelly, S., Conley, P. & Cobb, R. (2006). A randomized clinical trial of a videotape intervention for women with chemotherapy-induced alopecia: a gynecologic oncology group study. *Oncology Nursing Forum*, 33(2), 305–311.
- ²¹ Taggart, L., Ozolins, L., Hardie, H. & Nyhof-Young, J. (2009). Look good feel better workshops: a "big lift" for women with cancer. *Journal of Cancer Education*, 24(2), 94–99.
- International Council of Nurses (2016). *CIPE® Versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- National Cancer Institute (2017). *Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) Version 5.0*. USA: Department of Health and Human Service. Acedido a 15-05-2018. Disponível em https://ctep.cancer.gov/protocolDevelopment/electronic_applications/docs/CTCAE_v5_Quick_Reference_5x7.pdf
- National Cancer Institute (2018). *NCI dictionary of cancer terms*. USA: Department of Health and Human Service. Acedido a 26-01-2019. Disponível em <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms>

APÊNDICES

Apêndice I – Descrição das intervenções de enfermagem promotoras da adaptação da pessoa à AIQ

Apêndice II – Instrumento “Termómetro de avaliação do impacto da alopecia”

Apêndice III – Folheto informativo “Bela-me-quero”

Apêndice IV – Algoritmo de atuação

Apêndice V – Check-list das intervenções de enfermagem promotoras da adaptação da pessoa à AIQ

APÊNDICES
(do Apêndice XXI)

Apêndice I – Descrição das intervenções de enfermagem promotoras da adaptação da pessoa à AIQ

Âmbito da Avaliação	
Intervenção de Enfermagem	Descrição
Entrevistar o cliente	Conhecer a pessoa, quer através das interações, das informações recebidas ou da consulta do processo clínico; identificar os dados pessoais (idade, género), agregado familiar, atividade profissional, social e recreativa;
Avaliar aceitação do estado de saúde	Avaliar em que fase de adaptação à doença a pessoa se encontra, reconhecendo que em fases como a negação, a revolta ou a depressão, a pessoa poderá não ser capaz de lidar com a ocorrência da alopecia ² ;
Avaliar risco de <i>status</i> psicológico comprometido	Identificar o risco de alterações do status psicológico devido à ocorrência da alopecia, isto é, se devido ao fenómeno a pessoa se sente mais triste e ansiosa, e se o fenómeno a fará afastar-se das suas atividades sociais ^{3,2,12} ;
Identificar sentimentos e emoções do cliente perante o fenómeno	Reconhecer quais os sentimentos e emoções que a pessoa expressa sobre a ocorrência da alopecia, identificando quais destes colocam em risco a adaptação ao problema ^{2,3,9} ;
Avaliar risco de qualidade de vida comprometida	Sendo o conceito de qualidade de vida “a perceção individual da posição na vida, no contexto do sistema cultural e de valores em que as pessoas vivem e relacionadas com os seus objetivos, expetativas, normas e preocupações” ¹ , a ocorrência da alopecia poderá influenciar e comprometer esta perceção da pessoa e das suas perspetivas e objetivos de vida, pelo que se torna importante avaliar o risco de comprometimento da qualidade de vida da pessoa ^{2,12} ;
Avaliar risco de identidade pessoal comprometida	Identificar se a ocorrência da alopecia irá comprometer a identidade pessoal e autoconceito da pessoa ² ;
Avaliar risco de esperança comprometida	Avaliar junto da pessoa o risco de comprometimento da sua confiança no futuro, do entusiasmo pela vida, do otimismo, do traçar de objetivos e da mobilização de energias para ultrapassar a ocorrência da alopecia ² ;
Avaliar risco de autoimagem comprometida	Identificar o risco de a pessoa percecionar o seu corpo de forma alterada e de que forma essa alteração pode influenciar no seu autocuidado ^{2,12} ;

Identificar como o cliente percebe a sua imagem no futuro	Identificar de que forma a pessoa percebe a sua imagem sem cabelo, como pensa que irá lidar com a queda do cabelo e como percebe a sua vida e realização das suas atividades de vida diárias com este problema ^{3,9} ;
Avaliar o significado da queda do pelo para o cliente (e família)	Avaliar o significado e a importância do cabelo e da sua queda para a pessoa e para a sua família, nomeadamente para os cônjuges, filhos e pais ^{3,9,13,14} ;
Verificar contato no passado com o fenómeno	Identificar se a pessoa já vivenciou a problemática da AIQ, nomeadamente devido a neoplasias anteriores; também poderá ser válido avaliar se a pessoa teve contato próximo com outras pessoas que tenham vivenciado este fenómeno;
Identificar crenças do cliente relativas ao fenómeno	Identificar junto das pessoas quais as suas convicções sobre o fenómeno da alopecia, reconhecendo quais as crenças erradas de forma a poderem ser desmistificadas;
Avaliar o conhecimento do cliente sobre a queda do pelo	Avaliar se a pessoa tem conhecimento da ocorrência da alopecia, do período expectável em que ocorrerá, o grau de alopecia esperado de acordo com o seu tratamento e os sintomas físicos que poderá sentir aquando da queda do cabelo;
Avaliar conhecimento sobre dispositivos de reabilitação da imagem	Avaliar quais os conhecimentos da pessoa sobre os dispositivos de reabilitação da imagem existentes, tais como próteses capilares, fitas, lenços, turbantes, gorros ou chapéus ² ;
Avaliar conhecimento sobre maquilhagem corretiva	Avaliar os conhecimentos da pessoa sobre a existência de maquilhagem que permite corrigir as alterações da pele e dos cílios, nomeadamente bases faciais corretoras, lápis e pós definidores de sobrancelhas, entre outros;
Avaliar risco de papéis comprometidos	Reconhecer se existe comprometimento da capacidade para a pessoa cumprir os seus papéis (familiar, social, profissional, ou outros) devido à ocorrência do fenómeno ^{2,15} ;
Identificar problemas de relacionamento e atitudes da família	Avaliar quais os possíveis problemas na relação da pessoa com a sua família devido à ocorrência da alopecia;
Identificar tipo de apoios	Identificar quais os sistemas de apoio familiar, social ou outros que a pessoa possui ^{3,9} ;
Avaliar risco de funcionamento sexual comprometido	Avaliar o risco de comprometimento da vida sexual da pessoa, quer relacionado com a diminuição da libido como efeito secundário da QT, quer indiretamente relacionado com as alterações corporais que possam tornar a pessoa menos atrativa, nomeadamente a alopecia ² ;

Avaliar risco de autocuidado comprometido	Identificar se existe risco de comprometimento das atividades de autocuidado na adaptação à alopecia, quer por falta de informação, falta de sistemas de suporte ou de incapacidade pessoal para lidar com o fenómeno ^{3,9} .
---	--

Âmbito da Gestão e Suporte	
Intervenção de Enfermagem	Descrição
Estar presente	Estar disponível nos momentos em que a pessoa necessitar, estando esta intervenção inerente a todas as outras intervenções;
Assegurar privacidade e ambiente físico efetivo	Providenciar e assegurar um ambiente adequado, que permita a manter a privacidade da pessoa, durante a realização das intervenções promotoras da adaptação AIQ ¹⁶ ;
Escutar o cliente	Ouvir atentamente o que a pessoa tem para dizer relativamente a esta problemática, utilizando as técnicas de comunicação eficaz, sendo concomitante com todas as outras intervenções ¹⁷ ;
Estimular esperança	Incitar a pessoa a manter confiança no futuro, o entusiasmo pela vida, o otimismo, o traçar de objetivos e a mobilizar energia para ultrapassar a ocorrência da alopecia ¹⁷ ;
Apoiar o cliente a gerir emoções	Ajudar a pessoa a identificar e a encontrar estratégias que lhe permitam lidar com os seus sentimentos e emoções face à ocorrência da alopecia ^{13,17} ;
Elogiar o cliente	Expressar aprovação e admiração pela pessoa, enfatizando as suas qualidades, apesar da queda do cabelo;
Aconselhar o cliente sobre corte do cabelo	Orientar a pessoa sobre a decisão de cortar o cabelo de forma faseada pois diminui a ansiedade de visualizar a queda do cabelo e atua como ensaio comportamental para a mudança da imagem que ocorrerá, se assim o desejar; caso a pessoa o pretenda fazer, articular com a equipa multidisciplinar de forma a promover o momento e espaço adequado para esta atividade; em caso da pessoa preferir não cortar o cabelo, respeitar a sua decisão e fornecer estratégias para diminuir o impacto da visualização da queda do cabelo no meio que a rodeia, como o uso de lenços ou toucas ^{3,9,13,14,16} ;

Apoiar o cliente no processo de tomada de decisão	Ajudar a pessoa a decidir sobre as estratégias de adaptação existentes e mais adequadas para si, incentivando e apoiando as suas decisões ^{14,18} ;
Incentivar o cliente a identificar o dispositivo de reabilitação da imagem adequado	Promover e apoiar a pessoa na escolha do dispositivo de reabilitação da imagem que sente ser o mais adequado para si, de forma a promover a sua adaptação e capacidade de lidar com a alopecia ^{9,17,18,19} ;
Aconselhar o cliente sobre maquilhagem corretiva	Orientar a pessoa na tomada de decisão sobre o uso da maquilhagem corretiva, caso a pessoa a identifique como sendo uma opção, informando sobre os recursos e técnicas existentes ^{17,19} ;
Aconselhar o cliente como explicar a queda do pelo à família	Capacitar a pessoa para as estratégias para informar a família e pessoas significativas sobre a ocorrência da alopecia; no caso das crianças, aconselhar a pessoa a utilizar uma linguagem adequada ao seu estadió de desenvolvimento e a aceitar as suas reações como fase de adaptação à doença do adulto;
Estimular a participação da família no processo de adaptação	Incentivar o envolvimento da família e pessoas significativas no processo de adaptação à alopecia, se a pessoa assim o desejar, nomeadamente na escolha e aquisição dos dispositivos de reabilitação da imagem, nas técnicas de maquilhagem e no momento do corte do cabelo;
Incentivar o cliente ao autocuidado	Estimular o interesse da pessoa para as atividades de autocuidado ao cabelo, à pele e ao couro cabeludo, nas diferentes fases da ocorrência da AIQ ¹⁷ ;
Incentivar o cliente a manter o papel familiar, social e profissional	Estimular a pessoa a manter as suas atividades familiares, sociais e profissionais, encontrando estratégias de adaptação que lhe permitam camuflar a alopecia, caso o deseje, de forma a não alterar os seus papéis devido a este fenómeno ¹⁷ .

Âmbito da Informação e Educação	
Intervenção de Enfermagem	Descrição
Explicar ao cliente a importância da quimioterapia	Explicar à pessoa que a alopecia decorre do tratamento de QT, que é essencial para o controlo da sua doença oncológica;
Explicar ao cliente as características da queda do pelo	Explicar à pessoa as causas da alopecia, o grau de queda de cabelo expectável de acordo com o seu tratamento, em que período ocorrerá, quais os sintomas físicos que poderão ocorrer como a dor no couro cabeludo, o prurido e a

	descamação, e quais os locais do corpo em que alopecia poderá ocorrer (para além da cabeça, nas sobrancelhas, pestanas, barba e bigode bem como nos restantes pelos corporais) ^{3,20} ;
Informar o cliente do efeito transitório e reversível da queda do pelo	Explicar à pessoa que a alopecia é temporária e reversível, ou seja, que após o final dos tratamentos de QT, cerca de 3 a 6 meses, o cabelo e os outros pelos do corpo voltarão a crescer ^{3,17} ;
Ensinar o cliente sobre o autocuidado com a pele e couro cabeludo	Dar informação sobre as estratégias de autocuidado com a pele e o couro cabeludo, tais como a proteção contra as agressões ambientais como o sol e o frio, aconselhando a aplicação de dispositivos de proteção; a evitar a exposição solar; a utilizar cremes com fatores de proteção solar; e a massajar e hidratar o couro cabeludo ^{3,9,17,21} ;
Explicar ao cliente as características do crescimento do pelo	Informar a pessoa de forma que fique claro para si que o cabelo volta a crescer cerca de 3 a 6 meses após o final dos tratamentos de QT, sendo possível que cresça de textura e cor diferente do cabelo antigo ^{3,9,20} ;
Ensinar ao cliente sobre o autocuidado com o pelo no período de crescimento	Informar a pessoa que antes da queda do cabelo e na fase de crescimento do mesmo, existem algumas estratégias para cuidar do cabelo, tais como evitar a sua lavagem diária, usar um champô neutro, usar água tépida, não usar equipamento ou produtos agressivos, deixar o cabelo secar ao natural, usar pente de dentes largos e não escovar excessivamente o cabelo ^{3,9,17} ;
Informar o cliente sobre o risco de mucosas comprometidas	Informar a pessoa sobre o risco de secura das mucosas devido à perda dos cílios, aconselhando a pessoa, por exemplo, a utilizar óculos e a hidratar os olhos e o nariz com soro fisiológico;
Informar o cliente sobre os dispositivos de reabilitação da imagem	Informar a pessoa dos dispositivos de reabilitação da imagem existentes, que poderão camuflar a alopecia e proteger o couro cabeludo, tais como próteses capilares, fitas, lenços, turbantes, gorros ou chapéus ^{3,13,14,20,21} ;
Informar o cliente sobre a maquilhagem corretiva	Informar a pessoa sobre a possibilidade de utilizar como recurso de reabilitação da imagem às alterações da pele e dos cílios, a maquilhagem com efeito corretivo, tal como as bases faciais e os lápis e pós definidores de sobrancelhas, entre outros produtos ²¹ ;
Informar o cliente sobre os recursos da estrutura social	Informar a pessoa sobre os recursos da comunidade, como grupos de apoio ou associações voluntárias que promovam a adaptação à doença oncológica ¹³ ;

Dar informação escrita sobre o fenómeno	Fornecer à pessoa um folheto informativo sobre a alopecia, estratégias de autocuidado e recursos da comunidade que poderão promover a adaptação a esta problemática ^{9,16,17} .
---	--

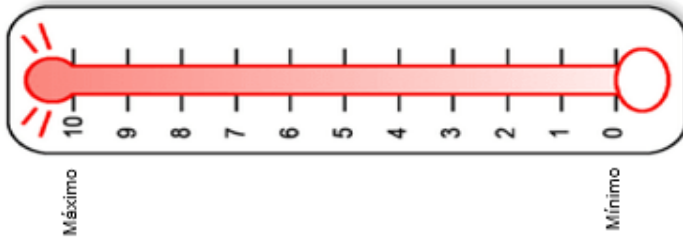
Âmbito da Referenciação	
Intervenção de Enfermagem	Descrição
Referenciar o cliente para institutos de cuidados estéticos	Indicar à pessoa, caso esta o solicite, alguns institutos direcionados aos cuidados estéticos ao doente oncológico, quer para aquisição e cuidados a dispositivos de reabilitação da imagem quer para aplicação de maquilhagem corretiva ¹³ ;
Referenciar o cliente para grupos de apoio e associações de voluntários	Indicar e orientar a pessoa para grupos de apoio e associações voluntárias que tenham o objetivo de promover a adaptação à doença oncológica, nomeadamente aos aspetos relacionados com a alteração da imagem corporal tal como o efeito da AIQ ^{3,9,13,17} ;
Referenciar o cliente para profissionais especializados	Caso seja necessário, articular com profissionais especializados na área da psicologia, sexualidade, estética ou outra, de modo a facilitar a adaptação à AIQ ^{3,13,17} ;
Referenciar o cliente para sistemas de apoio social e financeiro	Indicar e orientar a pessoa para os sistemas de apoio social, como por exemplo os serviços sociais do hospital, caso seja necessário apoio financeiro para a aquisição de dispositivos de reabilitação da imagem; indicar à pessoa o tipo de apoio financeiro que poderá ter para a aquisição dos dispositivos de reabilitação da imagem, nomeadamente a dedução de 80% do valor da prótese capilar, em diversos subsistemas de saúde com a apresentação de receita de ajudas técnicas, ou de dedução no IRS no caso da utilização do Sistema Nacional de Saúde ³ ;

Apêndice II – Instrumento “Termómetro de avaliação do impacto da alopecia”

TERMÓMETRO DE AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA ALOPÉCIA

Qual o grau de impacto que a alopecia (queda do cabelo) tem para si?

Secção I: Assinale o número que melhor quantifica a intensidade das suas preocupações/problemas perante a ocorrência da alopecia (queda do cabelo), em que zero (0) corresponde à ausência de preocupações/ problemas e dez (10) corresponde ao seu nível máximo.

		<p>Secção II: Em seguida, indique quais das seguintes questões são um problema/ preocupação para si devido à alopecia:</p>	
<p>Problemas Físicos:</p> <p><input type="checkbox"/> Dor no couro cabeludo</p> <p><input type="checkbox"/> Prurido (comichão)</p> <p><input type="checkbox"/> Ardor ou sensação de queimadura</p> <p><input type="checkbox"/> Outros: _____</p>		<p><input type="checkbox"/> Sentido de feminilidade/ masculinidade</p> <p><input type="checkbox"/> Satisfação da sexualidade</p> <p><input type="checkbox"/> Outros: _____</p>	
<p>Problemas de interdependência:</p> <p><input type="checkbox"/> O olhar dos outros</p> <p><input type="checkbox"/> Capacidade para falar sobre a alopecia</p> <p><input type="checkbox"/> Relação com a família</p> <p><input type="checkbox"/> Relação com o(a) companheiro (a)</p> <p><input type="checkbox"/> Relação com os filhos</p> <p><input type="checkbox"/> Relação com os amigos</p>		<p>Problemas de Autoconceito</p> <p><input type="checkbox"/> Sentir-se diferente dos outros</p> <p><input type="checkbox"/> Desconforto quando se vê ao espelho</p> <p><input type="checkbox"/> Alteração da auto-imagem</p> <p><input type="checkbox"/> Irritação/ Revolta</p> <p>Problemas de Papel:</p> <p><input type="checkbox"/> Mostrar que está doente</p> <p><input type="checkbox"/> Interferência na atividade profissional</p> <p><input type="checkbox"/> Outros: _____</p>	
<p>Secção III:</p> <p>Vai querer cortar o cabelo? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Quem deseja que esteja presente nesses momentos? _____</p> <p>Que outros aspetos serão importantes nesse momento? _____</p>		<p>Queremos ajudá-la(o) a vivenciar esta fase da melhor forma para si.</p> <p>Por fases: 1º corte: ____/____/____ 2º corte: ____/____/____</p>	

Instrumento criado com base na Chemotherapy-induced Alopecia Distress Scale de Cho, J., Choi, E., Kim, L., Im, Y., Park, Y., Lee, S., Lee, J., Yang, J., Nam, S. (2013) e no Distress Thermometer de National Comprehensive Cancer Network (2018)

Apêndice III – Folheto informativo “Bela-me-quero”

**A QUEDA DE CABELO
CAUSADA PELA QUIMIOTERAPIA**



Símbolo da Instituição
Área Hemato-Oncológica

Data: Janeiro 2019

A QUEDA DO CABELO CAUSADA PELA QUIMIOTERAPIA
(ALOPÉCIA INDUZIDA POR QUIMIOTERAPIA)

A queda do cabelo é um efeito secundário ao seu tratamento de quimioterapia. Surge devido à ação dos fármacos utilizados durante o tratamento e que atuam na divisão das células.

Este efeito é temporário; o cabelo volta a crescer após o final dos seus tratamentos.

A queda do pelo no couro cabeludo é mais rápida e visível. Porém, poderá ocorrer em outros locais, tais como: sobrancelhas, pestanas, bigode, barba e pelos púbicos.


Algumas pessoas referem desconforto, comichão ou formigueiro no couro cabeludo aquando da queda.

QUANDO OCORRE A QUEDA DO CABELO?
A queda do cabelo ocorre normalmente entre a 2ª e 3ª semana após o início do seu tratamento, podendo ser gradual ou repentina.

CUIDADOS A TER ANTES DA QUEDA DO CABELO:


Antes da queda do cabelo, para facilitar a sua adaptação:

- Pense na melhor alternativa para si! Existem diversos recursos que podem ajudar a ocultar a queda do cabelo, como próteses, lenços, turbantes, chapéus e gorros;
- Adquirir estes recursos antes da queda do cabelo; poderá optar por algo semelhante ao seu visual habitual ou escolher um visual diferente;
- Pense na alternativa de cortar o cabelo mais curto inicialmente para se adaptar à alteração da sua imagem e para evitar o desconforto de assistir a uma queda significativa do cabelo;
- Converse com os seus familiares sobre a queda de cabelo e as possíveis alterações da sua imagem corporal.



CUIDADOS A TER DURANTE A QUEDA DO CABELO:

- Utilize o recurso que melhor se adapta a si;
- Proteja o couro cabeludo e outras áreas de perda de cabelo contra o sol e o frio, utilizando protetor solar e turbantes ou gorros;
- Hidrate o couro cabeludo: continue a lavá-lo com produtos neutros adequados e a aplicar um creme amaciador;
- Utilize maquilhagem corretiva, tal como lápis definidor de sobrancelhas, base para imperfeições, ou outros produtos de maquilhagem, à base de minerais;
- Os olhos e as narinas podem secar por falta dos cílios (pelos): hidrate-os com soro fisiológico e utilize óculos de sol.



CUIDADOS A TER DURANTE O CRESCIMENTO DO CABELO:

Cerca de 6 a 8 semana após o último tratamento, o cabelo voltará a crescer, de forma gradual. Poderá crescer com uma textura e cor diferente da anterior. Durante este período:

- Evite a lavagem diária do cabelo;
- Use champôs rico em proteínas e com pH neutro;
- Lave o cabelo com água tépida;
- Deixe o cabelo secar ao natural, evitando o uso de secadores ou placas de aquecimento;
- Use um pente de dentes largos ou uma escova de cerdas macias;
- Não o escove excessivamente;
- Evite usar elásticos, molas, rolos ou outros acessórios agressivos;
- Evite o uso de lacas, gel de fixação, tintas de coloração (ou se preferir, use tintas sem amoníaco e à base de produtos naturais) ou outros produtos agressivos para o cabelo.

LOCAIS ONDE PODE RECORRER:

Existem diversos locais onde pode recorrer para adquirir dispositivos para ocultar a alopecia, como as próteses capilares, turbantes, lenços ou outros.

Diversas lojas de maquilhagem também já dispõem de produtos adequados para corrigir as alterações da pele e dos cílios provocadas pelos tratamentos de quimioterapia.



Caso necessite de algumas informações relativas aos locais a recorrer questione a equipa de enfermagem que estará disponível para a(o) informar e esclarecer.

APOIO SOCIAL E FINANCEIRO:

Pode solicitar ao seu médico assistente a prescrição de uma prótese capilar (considerada uma ajuda técnica).

Alguns subsistemas de saúde (ADSE; SAMS; ADM; outros) participam em 80% do valor da prótese capilar, mediante a apresentação de receita médica e a fatura da prótese.

O Sistema Nacional de Saúde não participa a aquisição das próteses, contudo o seu valor pode ser deduzido no IRS como despesa de saúde.

Também a Liga Portuguesa contra o Cancro dá apoio às pessoas com carências económicas para a aquisição de próteses capilares, após a avaliação socioeconómica por parte do Serviço Social do seu hospital e a apresentação da receita médica de ajudas técnicas.

OUTROS RECURSOS DA COMUNIDADE:

- Liga Portuguesa Contra o Cancro (possui cabeleireiro que pretende cuidar da imagem e autoestima das doentes em ambulatório e internamento); Tel: 217248802
- Vencer e Viver (Movimento de apoio a mulheres com cancro da mama); Tel: 217200400

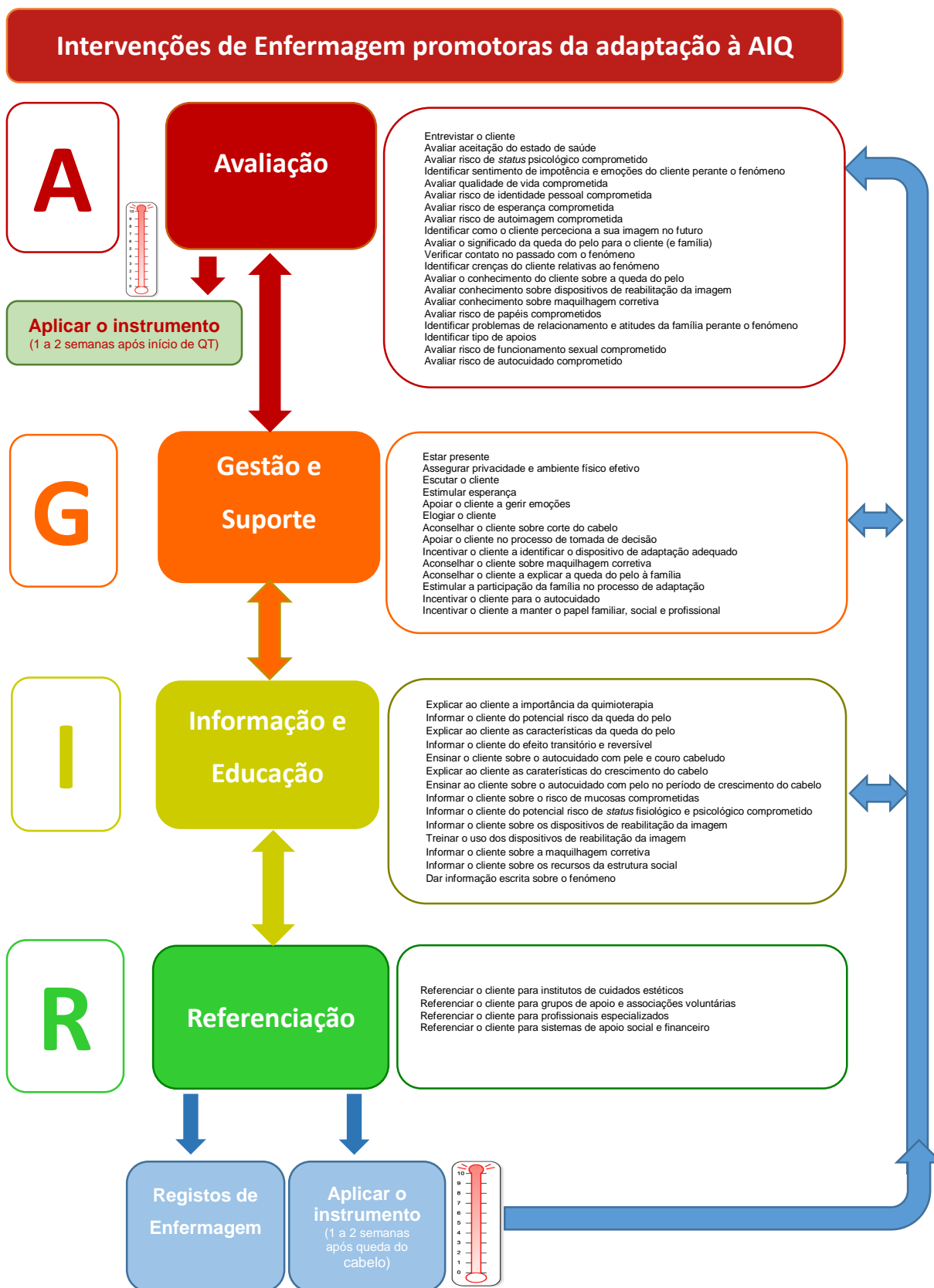
A EQUIPA DE ENFERMAGEM ESTÁ DISPONÍVEL PARA A(O) AJUDAR A ADAPTAR-SE A ESTE EFEITO.



Continue a cuidar de si, estar com a sua família e amigos, manter os seus hábitos e projetos de vida.

Contactos:

Apêndice IV – Algoritmo de atuação



Apêndice V – Check-list das intervenções de enfermagem promotoras da adaptação da pessoa à AIQ

Intervenções de Avaliação
1. Entrevistar o cliente
2. Avaliar aceitação do estado de saúde
3. Avaliar risco de <i>status</i> psicológico comprometido (risco de sofrimento, de ansiedade, de tristeza e de isolamento social)
4. Identificar sentimento de impotência e emoções do cliente perante o fenómeno
5. Avaliar qualidade de vida comprometida
6. Avaliar risco de identidade pessoal comprometida
7. Avaliar risco de esperança comprometida
8. Avaliar risco de autoimagem comprometida
9. Identificar como o cliente perceciona a sua imagem no futuro
10. Avaliar o significado da queda do pelo para o cliente (e família)
11. Verificar contato no passado com o fenómeno
12. Identificar crenças do cliente relativas ao fenómeno
13. Avaliar o conhecimento do cliente sobre a queda do pelo
14. Avaliar conhecimento sobre dispositivos de reabilitação da imagem (próteses capilares, fitas, lenços, turbantes, gorros ou chapéus)
15. Avaliar conhecimento sobre maquilhagem corretiva
16. Avaliar risco de papéis comprometidos
17. Identificar problemas de relacionamento e atitudes da família perante o fenómeno
18. Identificar tipo de apoios (apoio familiar, emocional e social)
19. Avaliar risco de funcionamento sexual comprometido
20. Avaliar risco de autocuidado comprometido
Intervenções de Gestão e Suporte
1. Estar presente
2. Assegurar privacidade e ambiente físico efetivo
3. Escutar o cliente
4. Estimular esperança
5. Apoiar o cliente a gerir emoções
6. Elogiar o cliente
7. Aconselhar o cliente sobre corte do cabelo
8. Apoiar o cliente no processo de tomada de decisão

9. Incentivar o cliente a identificar o dispositivo de adaptação adequado
10. Aconselhar o cliente sobre maquilhagem corretiva
11. Aconselhar o cliente a explicar a queda do pelo à família
12. Estimular a participação da família no processo de adaptação
13. Incentivar o cliente para o autocuidado
14. Incentivar o cliente a manter o papel familiar, social e profissional
Intervenções de Informação e Educação
1. Explicar ao cliente a importância da quimioterapia
2. Informar o cliente do potencial risco da queda do pelo
3. Explicar ao cliente as características da queda do pelo (causa, grau, período expectável da queda, sintomas físicos, locais do corpo)
4. Informar o cliente do efeito transitório e reversível da queda do pelo
5. Ensinar o cliente sobre o autocuidado com a pele e couro cabeludo (hidratação, proteção contra agressões ambientais)
6. Explicar ao cliente as características do crescimento do pelo (tempo, possíveis alterações de cor e textura)
7. Ensinar ao cliente sobre o autocuidado com o pelo no período de crescimento (evitar a lavagem diária, uso de champô neutro, uso de água tépida, não usar equipamento ou produtos agressivos, deixar o cabelo secar ao natural, usar pente de dentes largos e não escovar excessivamente o cabelo)
8. Informar o cliente sobre o risco de mucosas comprometidas (olhos, nariz e outras)
9. Informar o cliente do potencial risco de <i>status</i> fisiológico e psicológico comprometido
10. Informar o cliente sobre os dispositivos de reabilitação da imagem
11. Treinar o uso dos dispositivos de reabilitação da imagem
12. Informar o cliente sobre a maquilhagem corretiva
13. Informar o cliente sobre os recursos da estrutura social
14. Dar informação escrita sobre o fenómeno
Intervenções de Referenciação
1. Referenciar o cliente para institutos de cuidados estéticos
2. Referenciar o cliente para grupos de apoio e associações voluntárias
3. Referenciar o cliente para profissionais especializados
4. Referenciar o cliente para sistemas de apoio social e financeiro

**APÊNDICE XXII – Proposta do Programa de Cuidados Oncoestéticos
“Bela-me-quero”**

PROGRAMA DE CUIDADOS ONCOESTÉTICOS “BELA-ME-QUERO”

INTRODUÇÃO

Com o aumento da incidência das doenças oncológicas em Portugal, tal como no resto do mundo (DGS, 2017), e apesar das diversas modalidades terapêuticas utilizadas no controlo destas doenças, a QT continua a ser uma das modalidades mais utilizadas. Apesar dos avanços no controlo de muitos efeitos secundários associados a este tipo de tratamento, a AIQ permanece negligenciada (Hesketh et al., 2004; Zannini et al., 2012) devendo criar-se programas de cuidados estéticos destinados a ajudar estas pessoas a aceitar e a adaptarem-se a este efeito secundário nas instituições de cuidados de saúde (Zannini et al., 2012). A evidência científica refere a existência deste tipo de programas a partir da década de 1990, com o objetivo de fornecer informações às pessoas sobre o que esperar com a queda do cabelo e como lidar com este efeito secundário antes do início da queda do cabelo decorrente dos tratamentos, ajudando as pessoas a antecipar o acontecimento e a melhor se prepararem para esse evento (Zannini et al., 2012 citando Vandergrift, 1994 e Fawzy et al., 1995). Para além disso, “parece que estes programas não fornecem simplesmente aos doentes, sugestões de recursos estéticos, mas também promovem apoio emocional e psicológico” (Zannini et al., 2012, p. 3), alcançando altos níveis de satisfação das pessoas (McGarvey et al., 2010) e sendo percebidos como uma maneira de cuidar mais holística (Amiel et al., 2009).

O programa de cuidados oncoestéticos “Bela-me-quero”, à semelhança dos programas existentes na associação *Look Good Feel Better* (Taggart et al., 2009) foi elaborado com o objetivo de ajudar as pessoas internadas no serviço de implementação deste projeto, com alterações da imagem corporal relacionadas com os tratamentos de QT, nomeadamente a alopecia, a gerir e a adaptarem-se a este efeito secundário.

RESPONSÁVEL DO PROGRAMA

- **Nome:**
 - Rita Carvalho
- **Cargo:**
 - Enfermeira
- **Funções:**
 - Dinamizar o programa;
 - Desenvolver as atividades planeadas;
 - Realizar a avaliação das sessões desenvolvidas;
 - Desenvolver ações de melhoria do programa;
 - Obter os indicadores de avaliação;
 - Divulgar o programa na instituição de origem e outras.

DESTINATÁRIOS

Este programa destina-se a todas as pessoas que iniciem tratamento de QT com utilização de AAN que provoquem alopecia parcial ou total, internadas no serviço de implementação do projeto e que aceitem de forma voluntária participar e assistir às sessões educativas sobre a AIQ.

OBJETIVOS

O programa “Bela-me-quero” tem como objetivo promover a adaptação à alopecia induzida por quimioterapia (AIQ), através de intervenções do âmbito da avaliação, da gestão e suporte, da informação e educação, e da referenciação.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada neste programa é predominantemente ativa, em que se espera uma interação entre os participantes e a responsável do programa.

ATIVIDADES

As atividades deste programa incluem 3 consultas individuais e 2 sessões coletivas teórico-práticas.

As sessões individuais pretendem avaliar as preocupações das pessoas com a AIQ, informar a pessoas sobre as diversas estratégias para gerirem o impacto causado pela alopecia, apoiar na tomada de decisão e assistir a pessoa no desenvolvimento de estratégias que dêem resposta às necessidades identificadas e, se necessário, fazer referência para recursos da equipa de saúde ou da comunidade.

As sessões coletivas pretendem, para além de informar e educar as pessoas sobre os vários aspetos relacionados com a AIQ, partilhar experiências e momento de apoio. O número de participantes em cada sessão de grupo deseja-se que varie entre 3 e 5 pessoas, devido às limitações do espaço físico e de forma a possibilitar uma maior interação e participação de todos os participantes.

- **Planeamento das sessões:**

- **1ª Sessão Individual:**

- I. Apresentação dos participantes;
- II. Apresentação do programa, objetivos e metodologias;
- III. Obtenção de autorização verbal da pessoa para participar no programa;
- IV. Entrega e explicação do instrumento “Termómetro de avaliação do impacto da alopecia” (Apêndice I)
- V. Registo da intensidade do impacto da alopecia identificado pela pessoa e quais as suas preocupações perante a problemática;
- VI. Esclarecimento de dúvidas;
- VII. Agendamento da 2ª sessão individual;
- VIII. Despedida.

○ **2ª Sessão Individual**

- I. Análise das respostas dadas pela pessoa no instrumento “Termómetro de avaliação do impacto da alopecia”;
- II. Validação dos problemas identificados pela pessoa;
- III. Desenvolvimento, em parceria com a pessoa, de estratégias de gestão das necessidades identificadas;
- IV. Se necessário, referenciação para outros recursos da equipa de saúde e/ou da comunidade;
- V. Esclarecimento de dúvidas;
- VI. Convite para a participação das sessões coletivas;
- VII. Despedida.

○ **1ª Sessão Coletiva**

- I. Apresentação da formadora e dos participantes;
- II. Apresentação do tema, objetivos e metodologia da sessão;
- III. Exposição do tema, objetivos e conteúdos da sessão (de acordo com a Tabela n.º 1)
- IV. Realização da síntese dos conteúdos abordados;
- V. Esclarecimento de dúvidas;
- VI. Entrega de folheto informativo “Bela-me-quero” (Apêndice II);
- VII. Avaliação da sessão (Apêndice III);
- VIII. Despedida.

Tabela n.º1: Planeamento da 1ª sessão coletiva “A alopecia induzida por quimioterapia”

Tema		A alopecia induzida por quimioterapia			
1ª Sessão Coletiva	Objetivos	Metodologia	Recursos	Conteúdos	Tempo
	Informar sobre a problemática da alopecia	Expositiva e Ativa	Computador Projektor Formadora	O que é a alopecia	5'
	Informar sobre as estratégias de autocuidado			Estratégias de autocuidado	10'
	Apresentar os dispositivos de reabilitação da imagem existentes e disponíveis		Exemplares de dispositivos de reabilitação da imagem (lenços, turbantes, outros)	Dispositivos de reabilitação da imagem	5'
	Ensinar sobre a aplicação dos dispositivos de reabilitação da imagem	Ativa	Formadora Participantes	Aplicação de dispositivos de reabilitação da imagem	20'

○ **2ª Sessão Coletiva**

- I. Apresentação da formadora e dos participantes;
- II. Apresentação do tema, objetivos e metodologia da sessão;
- III. Exposição do tema, objetivos e conteúdos da sessão (de acordo com a Tabela n.º2)
- IV. Realização da síntese dos conteúdos abordados;
- V. Esclarecimento de dúvidas;
- VI. Avaliação da sessão (Apêndice III);
- VII. Despedida.

Tabela n. º2: Planeamento da 2ª sessão coletiva “Maquilhagem corretiva”

Tema	Maquilhagem corretiva				
	Objetivos	Metodologia	Recursos	Conteúdos	Tempo
2ª Sessão Coletiva	Explicar em que consiste a maquilhagem corretiva	Expositiva e Ativa	Computador Projektor Formadora	O que é a maquilhagem corretiva	5'
	Enumerar técnicas e acessórios de maquilhagem corretiva		Exemplares de acessórios de maquilhagem corretiva Formadora	Técnicas e acessórios de maquilhagem corretiva	15'
	Demonstrar técnicas de maquilhagem corretiva	Ativa	Participantes	Demonstração de técnicas de maquilhagem corretiva	25'

○ **3ª Sessão Individual:**

- I. Explicação do objetivo do 3º encontro individual;
- IX. Entrega do “Termómetro de avaliação do impacto da alopecia”, pedido à pessoa que volte a preencher o instrumento;
- X. Verificação da diminuição, ou não, da intensidade do impacto da alopecia identificado pela pessoa, e de outras necessidades relacionadas com a problemática;
- XI. Esclarecimento de dúvidas;
- II. Despedida.

- **Cronograma**

Sessões	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
1ª individual												
2ª individual												
1ª coletiva												
2ª coletiva												
3ª individual												

RECURSOS

- **Humanos:**

- Responsável do programa;
- Responsável do serviço;
- Equipa de Enfermagem;
- Outros elementos da equipa de saúde;
- Recursos da comunidade.

- **Físicos:**

- Unidade de internamento;
- Sala de convívio;

- **Materiais:**

- Espelho;
- Pentes, tesouras de corte de cabelo e outros acessórios;
- Exemplares de dispositivos de reabilitação da imagem (lenços, turbantes, próteses capilares, fitas);
- Exemplares de recursos de maquilhagem corretiva (pincéis, lápis delineadores e produtos de maquilhagem)
- Meios audiovisuais (computador e projetor);

- **Documentais:**
 - Dossier de arquivo;
 - Instrumento “Termómetro de avaliação do impacto da alopecia” (Apêndice I);
 - Procedimento Setorial “Promoção da adaptação à alopecia induzida por quimioterapia”;
 - Documento de *PowerPoint* com os dispositivos das sessões coletivas;
 - Folheto informativo “Bela-me-quero” (Apêndice II)
 - Instrumento de avaliação das sessões (Apêndice III);
- **Temporais:**
 - 1ª sessão individual: aproximadamente 30 minutos;
 - 2ª sessão individual: aproximadamente 45 minutos;
 - 1ª sessão coletiva: aproximadamente 60 minutos;
 - 2ª sessão coletiva: aproximadamente 60 minutos;
 - 3ª sessão individual: aproximadamente 30 minutos

AVALIAÇÃO

Os resultados obtidos serão analisados pela responsável do programa, com base nos indicadores formulados e discutidos com a enfermeira responsável pelo serviço de implementação do programa. Os indicadores formulados pretendem traduzir o contributo do exercício profissional dos enfermeiros para os ganhos em saúde dos destinatários do programa, de acordo com os enunciados no Core de Indicadores de Enfermagem (OE, 2007). Assim, foram formulados os seguintes indicadores:

- **Indicadores de Estrutura**
 - Elaboração e atualização do Procedimento Setorial “Promoção da Adaptação à Alopecia induzida por Quimioterapia”;

- Elaboração e atualização do instrumento de avaliação “Termómetro do Impacto da Alopecia induzida por Quimioterapia”;
- Elaboração e atualização do folheto informativo “Bela-me-quero”;
- Números de consultas individuais e coletivas realizadas

- **Indicador Epidemiológico**

- **Taxa de prevalência**

$$\frac{\text{Nº de pessoas que desenvolveram AIQ, documentado durante um dado período}}{\text{População existente nesse mesmo período}} \times 100$$

- **Taxa de participação**

$$\frac{\text{Nº de pessoas em risco prévio ou com AIQ que participaram em mais de 1 sessão do programa, um dado período}}{\text{Pessoas submetidas a QT internadas nesse mesmo período}} \times 100$$

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amiel P., Dauchy S., Bodin J., Cerf C., Zenasni F., Pezant E., ... DiPalma M. (2009). Evaluating beauty care provided by the hospital to women suffering from breast cancer: qualitative aspects. *Supportive Care in Cancer*, 17, 839–845.
- Direção Geral de Saúde (2017). *Programa Nacional para as Doenças Oncológicas*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Acedido a 20-03-2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-880762-pdf.aspx?v=11736b14-73e6-4b34-a8e8-d22502108547>
- Hesketh, P., Batchelor, D., Mitch, G., Lyman, G., Rhodes, N. & Yardley, D. (2004). Chemotherapy-induced alopecia: psychosocial impact and therapeutic approaches. *Support Care Cancer*, 12, 543–549.
- McGarvey, E., Baum, L., Pinkerton, R. & Rogers, L. (2010). Psychological sequelae and alopecia among women with cancer. *Cancer Practice*, 9, 283-289.
- Ordem dos Enfermeiros (2007b). *Resumo mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem para o Repositório central de dados da saúde*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 25-01-2019. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/rmde_indicadores-vfout2007.pdf
- Taggart, L., Ozolins, L., Hardie, H. & Nyhof-Young, J. (2009). Look good feel better workshops: a “big lift” for women with cancer. *Journal of Cancer Education*, 24(2), 94–99.
- Zannini, L., Verderame, F., Cucchiara, G., Zinna, B., Alba, A., & Ferrara, M. (2012). “My wig has been my journey’s companion”: perceived effects of an aesthetic care programme for Italian women suffering from chemotherapy-induced alopecia. *European Journal of Cancer Care*, 21(5), 650–660.


APÊNDICES
(do Apêndice XXII)

Apêndice I – Termómetro de avaliação do impacto da alopecia

TERMÓMETRO DE AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA ALOPÉCIA

Qual o grau de impacto que a alopecia (queda do cabelo) tem para si?

Secção I: Assinale o número que melhor quantifica a intensidade das suas preocupações/problemas perante a ocorrência da alopecia (queda do cabelo), em que zero (0) corresponde à ausência de preocupações/ problemas e dez (10) corresponde ao seu nível máximo.

		<p>Secção II: Em seguida, indique quais das seguintes questões são um problema/ preocupação para si devido à alopecia:</p>	
<p>Problemas Físicos:</p> <p><input type="checkbox"/> Dor no couro cabeludo</p> <p><input type="checkbox"/> Prurido (comichão)</p> <p><input type="checkbox"/> Ardor ou sensação de queimadura</p> <p><input type="checkbox"/> Outros: _____</p>		<p>Problemas de Autoconceito</p> <p><input type="checkbox"/> Sentido de feminilidade/ masculinidade</p> <p><input type="checkbox"/> Satisfação da sexualidade</p> <p><input type="checkbox"/> Outros: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Sentir-se diferente dos outros</p> <p><input type="checkbox"/> Desconforto quando se vê ao espelho</p> <p><input type="checkbox"/> Alteração da auto-imagem</p> <p><input type="checkbox"/> Irritação/ Revolta</p> <p><input type="checkbox"/> Ansiedade</p> <p><input type="checkbox"/> Tristeza</p> <p><input type="checkbox"/> Solidão</p> <p><input type="checkbox"/> Sensação de perda</p> <p><input type="checkbox"/> Falta de confiança no futuro</p> <p><input type="checkbox"/> Alteração da auto-estima</p> <p><input type="checkbox"/> Conhecimentos sobre como lidar com a queda do cabelo</p>	
<p>Problemas de interdependência:</p> <p><input type="checkbox"/> O olhar dos outros</p> <p><input type="checkbox"/> Capacidade para falar sobre a alopecia</p> <p><input type="checkbox"/> Relação com a família</p> <p><input type="checkbox"/> Relação com o(a) companheiro (a)</p> <p><input type="checkbox"/> Relação com os filhos</p> <p><input type="checkbox"/> Relação com os amigos</p>		<p>Problemas de Papel:</p> <p><input type="checkbox"/> Mostrar que está doente</p> <p><input type="checkbox"/> Interferência na atividade profissional</p> <p><input type="checkbox"/> Outros: _____</p>	
<p>1ª avaliação: _____</p> <p>2ª avaliação: _____</p>		<p>Secção III: Queremos ajudá-la(o) a vivenciar esta fase da melhor forma para si.</p> <p>Vai querer cortar o cabelo? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Por fases: 1º corte: ____ / ____ / ____ 2º corte: ____ / ____ / ____</p> <p>Quem deseja que esteja presente nesses momentos? _____</p> <p>Que outros aspetos serão importantes nesse momento? _____</p>	

Instrumento criado com base na *Chemotherapy-induced Alopecia Distress Scale* de Cho, J., Choi, E., Kim, I., Im, Y., Park, Y., Lee, S., Lee, J., Yang, J., Nam, S. (2013) e no *Distress Thermometer* de National Comprehensive Cancer Network (2018)

Apêndice II – Folheto Informativo “Bela-me-quero”

<div data-bbox="268 423 756 521"><h3>A QUEDA DE CABELO CAUSADA PELA QUIMIOTERAPIA</h3></div> <div data-bbox="306 591 713 891"></div> <div data-bbox="256 978 485 1005"><p>Área Hemato-Oncológica</p></div> <div data-bbox="531 1016 702 1039"><p>Data: Janeiro 2019</p></div>	<div data-bbox="861 416 1351 472"><h3>A QUEDA DO CABELO CAUSADA PELA QUIMIOTERAPIA (ALOPÉCIA INDUZIDA POR QUIMIOTERAPIA)</h3></div> <div data-bbox="839 517 1374 593"><p>A queda do cabelo é um efeito secundário ao seu tratamento de quimioterapia. Surge devido à ação dos fármacos utilizados durante o tratamento e que atuam na divisão das células.</p></div> <div data-bbox="839 602 1374 649"><p>Este efeito é temporário; o cabelo volta a crescer após o final dos seus tratamentos.</p></div> <div data-bbox="839 660 1374 736"><p>A queda do pelo no couro cabeludo é mais rápida e visível. Porém, poderá ocorrer em outros locais, tais como: sobrancelhas, pestanas, bigode, barba e pelos púbicos.</p></div> <div data-bbox="839 745 1374 795"><p>Algumas pessoas referem desconforto, comichão ou formiguelo no couro cabeludo aquando da queda.</p></div> <div data-bbox="920 842 1295 866"><h4>QUANDO OCORRE A QUEDA DO CABELO?</h4></div> <div data-bbox="839 878 1356 927"><p>A queda do cabelo ocorre normalmente entre a 2ª e 3ª semana após o início do seu tratamento, podendo ser gradual ou repentina.</p></div>
<div data-bbox="288 1245 715 1267"><h4>CUIDADOS A TER <u>ANTES</u> DA QUEDA DO CABELO:</h4></div> <div data-bbox="240 1312 651 1335"><p>Antes da queda do cabelo, para facilitar a sua adaptação:</p></div> <div data-bbox="240 1344 764 1639"><ul style="list-style-type: none">• Pense na melhor alternativa para si! Existem diversos recursos que podem ajudar a ocultar a queda do cabelo, como próteses, lenços, turbantes, chapéus e gorros;• Adquirir estes recursos antes da queda do cabelo; poderá optar por algo semelhante ao seu visual habitual ou escolher um visual diferente;• Pense na alternativa de cortar o cabelo mais curto inicialmente para se adaptar à alteração da sua imagem e para evitar o desconforto de assistir a uma queda significativa do cabelo;• Converse com os seus familiares sobre a queda de cabelo e as possíveis alterações da sua imagem corporal.</div> <div data-bbox="647 1626 764 1771"></div>	<div data-bbox="861 1245 1313 1267"><h4>CUIDADOS A TER <u>DURANTE</u> A QUEDA DO CABELO:</h4></div> <div data-bbox="823 1308 1356 1590"><ul style="list-style-type: none">• Utilize o recurso que melhor se adapta a si;• Proteja o couro cabeludo e outras áreas de perda de cabelo contra o sol e o frio, utilizando protetor solar e turbantes ou gorros;• Hidrate o couro cabeludo: continue a lavá-lo com produtos neutros adequados e a aplicar um creme amaciador;• Utilize maquilhagem corretiva, tal como lápis definidor de sobrancelhas, base para imperfeições, ou outros produtos de maquilhagem, à base de minerais;• Os olhos e as narinas podem secar por falta dos cílios (pelos): hidrate-os com soro fisiológico e utilize óculos de sol.</div> <div data-bbox="908 1619 1286 1783"></div>

CUIDADOS A TER DURANTE O CRESCIMENTO DO CABELO:

Cerca de 6 a 8 semana após o último tratamento, o cabelo voltará a crescer, de forma gradual. Poderá crescer com uma textura e cor diferente da anterior. Durante este período:

- Evite a lavagem diária do cabelo;
- Use champôs rico em proteínas e com pH neutro;
- Lave o cabelo com água tépida;
- Deixe o cabelo secar ao natural, evitando o uso de secadores ou placas de aquecimento;
- Use um pente de dentes largos ou uma escova de cerdas macias;
- Não o escove excessivamente;
- Evite usar elásticos, molas, rolos ou outros acessórios agressivos;
- Evite o uso de lacas, gel de fixação, tintas de coloração (ou se preferir, use tintas sem amoníaco e à base de produtos naturais) ou outros produtos agressivos para o cabelo.

LOCAIS ONDE PODE RECORRER:

Existem diversos locais onde pode recorrer para adquirir dispositivos para ocultar a alopecia, como as próteses capilares, turbantes, lenços ou outros.

Diversas lojas de maquilhagem também já dispõem de produtos adequados para corrigir as alterações da pele e dos cílios provocadas pelos tratamentos de quimioterapia.



Caso necessite de algumas informações relativas aos locais a recorrer questione a equipa de enfermagem que estará disponível para a(o) informar e esclarecer.

APOIO SOCIAL E FINANCEIRO:

Pode solicitar ao seu médico assistente a prescrição de uma prótese capilar (considerada uma ajuda técnica).

Alguns subsistemas de saúde (ADSE; SAMS; ADM; outros) participam em 80% do valor da prótese capilar, mediante a apresentação de receita médica e a fatura da prótese.

O Sistema Nacional de Saúde não comparticipa a aquisição das próteses, contudo o seu valor pode ser deduzido no IRS como despesa de saúde.

Também a Liga Portuguesa contra o Cancro dá apoio às pessoas com carências económicas para a aquisição de próteses capilares, após a avaliação socioeconómica por parte do Serviço Social do seu hospital e a apresentação da receita médica de ajudas técnicas.

OUTROS RECURSOS DA COMUNIDADE:

- Liga Portuguesa Contra o Cancro (possui cabeleireiro que pretende cuidar da imagem e autoestima das doentes em ambulatório e internamento); Tel: 217248802
- Vencer e Viver (Movimento de apoio a mulheres com cancro da mama); Tel: 217200400

A EQUIPA DE ENFERMAGEM ESTÁ DISPONÍVEL PARA A(O) AJUDAR A ADAPTAR-SE A ESTE EFEITO.



Continue a cuidar de si, estar com a sua família e amigos, manter os seus hábitos e projetos de vida.

Contactos:

Apêndice III - Instrumento de avaliação das sessões

AVALIAÇÃO DA SESSÃO COLETIVA

Este questionário tem como objetivo avaliar a sua satisfação relativamente à sessão educativa que acabou de assistir.

É um questionário anónimo e de preenchimento voluntário.

Por favor, indique com uma cruz (X), numa escala de “muito insatisfeito” a “muito satisfeito”, o seu grau de satisfação relativamente aos seguintes aspetos:

Itens	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito
Temática abordada					
Conteúdos apresentados					
Interação dos elementos do grupo					
Desempenho dos formadores					
Tempo da sessão					
Local da sessão					

Numa escala de 0 (valor mínimo) a 5 (valor máximo), indique com um X o quanto esta sessão foi importante para a sua adaptação à alopecia:

0	1	2	3	4	5

Deixe algumas sugestões ou comentários:

Obrigada pela sua participação e colaboração.

**APÊNDICE XXIII – Estudo de caso “Pessoa com neoplasia de células
blásticas dendríticas plasmocitóides num serviço
de hematologia”**



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

**9º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização
Enfermagem Médico-Cirúrgica na Opção de Enfermagem
Oncológica**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**PESSOA COM NEOPLASIA DE CÉLULAS BLÁSTICAS
DENDRÍTICAS PLASMOCITÓIDES NUM SERVIÇO DE
HEMATOLOGIA:
ESTUDO DE CASO**

Aluna: Rita Carvalho n.º 54

Docente: Maria Alexandra Pinto Santos da Costa

**Lisboa
Janeiro, 2019**

Índice

	Pág.
INTRODUÇÃO	II
1. PESSOA COM NEOPLASIA DE CÉLULAS BLÁSTICAS DENDRÍTICAS PLASMOCITÓIDES NUM SERVIÇO DE HEMATOLOGIA CLÍNICA	IV
1.1. O Modelo teórico de enfermagem de Callista Roy	IV
1.2. O Processo de Enfermagem	VI
1.2.1. Avaliação dos comportamentos e dos estímulos	VI
1.2.2. Diagnósticos de Enfermagem	XVII
1.2.3. Objetivos de Enfermagem	XVIII
1.2.4. Intervenções de Enfermagem	XIX
1.2.5. Avaliação	XXIII
CONCLUSÃO	XXIV
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	XXV

INTRODUÇÃO

Este estudo de caso foi realizado no âmbito da unidade curricular de Estágio com Relatório, do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Opção de Enfermagem Oncológica, e foi desenvolvido no decorrer do estágio realizado num serviço de Hematologia Clínica de um Centro Hospitalar da região central de Lisboa. A Hematologia Clínica é a especialidade médica que se dedica ao diagnóstico e tratamento das hematopatias malignas. Recebem doentes com diagnósticos hematológicos, como leucemias agudas e linfomas agressivos, sendo submetidos a QT intensiva, que provoca alopecia total, em todos eles.

A elaboração de um estudo de caso possibilita que o enfermeiro observe, compreenda, descreva e analise reflexivamente determinada situação real, adquirindo conhecimento e experiência que podem ser úteis na tomada de decisão frente a outras situações semelhantes (Galdeano, Rossi & Zago, 2003). Os objetivos da elaboração deste estudo de caso são: apresentar um estudo de caso que demonstre a compreensão da pessoa e família, com doença hemato-oncológica; utilizar um referencial teórico de enfermagem para a elaboração do processo de enfermagem de uma pessoa e família, com doença hemato-oncológica; compreender o impacto físico, emocional, social, económico e espiritual da doença hemato-oncológica na pessoa e família; identificar diagnósticos de enfermagem presentes numa situação de doença hematológica; tomar decisões sobre as intervenções adequadas, baseadas na evidência científica, para resolução dos problemas identificados a AIQ; reconhecer o contributo da realização deste projeto e do estudo de caso para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista.

Este estudo de caso é sobre uma pessoa com um tumor raro, uma neoplasia de células blásticas dendríticas plasmocitóides (NCBDP) da qual se desconhece a incidência sabendo-se que surge maioritariamente no sexo masculino entre os 60 e 70 anos, embora possa surgir em qualquer idade, nomeadamente na infância e em jovens adultos. A maioria destes casos raros manifesta-se por alterações cutâneas

que inclui nódulos e placas eritemato-violáceas isoladas ou generalizadas, embora para além disso possa existir envolvimento de outros órgãos como os gânglios linfáticos, a medula óssea e o sistema nervoso central (Pinto, Filho, Jorge, Avelino, Mota, Dantas & Cavalcante, 2017), sendo uma doença altamente agressiva independentemente da sua apresentação inicial, tem uma sobrevida média de 12 a 14 meses, e “embora muitas descobertas a respeito da NCBDP tenham surgido nos últimos anos, essa doença ainda representa um grande desafio diagnóstico e terapêutico” (Pinto et al., 2017, p. 60), embora esteja descrito que a melhor opção tem sido os protocolos de QT utilizados para as leucemias agudas linfoblásticas seguidas de alo-transplante de medula óssea. O seu diagnóstico é realizado através da avaliação por hematoscopia do sangue periférico, do mielograma, da realização de tomografias axiais computadorizadas a nível de tórax, abdómen e pélvis, e da avaliação histopatológica e imunohistoquímica da pele. Estes exames auxiliares de diagnóstico permitem identificar a presença de marcadores das células dendríticas plasmocitóides, o CD123 e o CD303 (Pinto et al., 2017).

A realização deste estudo de caso teve como referencial teórico o Modelo de Adaptação de Callista Roy (Roy & Andrews, 2001), que é abordado no primeiro subcapítulo deste documento, seguido da descrição das diversas etapas do processo de enfermagem, segundo este mesmo modelo, no segundo subcapítulo.

1. PESSOA COM NEOPLASIA DE CÉLULAS BLÁSTICAS DENDRÍTICAS PLASMOCITÓIDES NUM SERVIÇO DE HEMATOLOGIA CLÍNICA

1.1. O Modelo teórico de enfermagem de Callista Roy

O planeamento de cuidados de enfermagem baseado no referencial teórico de Callista Roy (Roy & Andrews, 2001) com o seu Modelo de Adaptação faz todo o sentido no contexto da doença hemato-oncológica, pelo que foi esta a teórica selecionada para servir de base a este estudo de caso. Neste modelo teórico (Roy & Andrews, 2001), os metaparadigmas são a pessoa, como a recetora de cuidados de enfermagem, vista como um sistema adaptativo; o ambiente, que são todas as condições, circunstâncias e influências que circundam e afetam o desenvolvimento e comportamento das pessoas e família; a saúde, como um estado e um processo de ser e de se tornar uma pessoa total e integrada, expressa pela capacidade de preencher as metas de sobrevivência, crescimento, reprodução e domínio; e a enfermagem, com o objetivo de promover respostas adaptativas em relação a quatro modos adaptativos e reduzir as respostas ineficazes da pessoa.

A pessoa é vista como um sistema adaptativo, sujeita a **estímulos internos e externos**. Estes estímulos podem ser **focais**, que dizem respeito ao problema central que causa mudanças na pessoa; **contextuais**, que são os outros estímulos internos ou externos evidentes na situação; e os estímulos **residuais**, que são relevantes para a situação, os cujos efeitos não são muito bem claros podendo não ser mensuráveis (Roy & Andrews, 2001). A pessoa enquanto sistema adaptativo é um sistema vivo em constante interação com o ambiente, em que nesta interação existe uma troca de informação, matéria e energia. É um sistema com entradas e saídas, em que as entradas são os estímulos e as saídas são as respostas ou comportamentos pois ao processar as entradas, mediante mecanismos de adaptação, a pessoa cria uma resposta, o comportamento, que pode ser adaptativa ou ineficaz, sendo este mecanismo de adaptação é exclusivo e único da pessoa, podendo estar em constante mudança (Roy & Andrews, 2001).

No Modelo de Adaptação de Callista Roy (Roy & Andrews, 2001), são descritos quatro modos adaptativos que remetem para as quatro principais categorias de respostas adaptativas das pessoas. O **modo fisiológico** é a forma como a pessoa responde como ser físico aos estímulos do ambiente; o comportamento neste modo é a manifestação das atividades fisiológicas de todas as células, tecidos, órgãos e sistemas que compreendem o corpo humano. O **modo de autoconceito** que remete para a necessidade de integridade psíquica, formada a partir de percepções internas e a percepção dos outros, através do conjunto de crenças e sentimentos que a pessoa tem sobre si mesma, e em relação aos outros, numa determinada altura. O **modo de função de papel** remete para a integridade social e os papéis que a pessoa ocupa na sociedade; a necessidade de saber quem se é em relação aos outros. Por fim, o **modo de interdependência** que pretende dar resposta à necessidade básica de dar e receber amor, respeito e valor, através da adequação emocional.

O enfermeiro deverá desenvolver cuidados que permitam a adaptação da pessoa à situação, propondo Callista Roy (Roy & Andrews, 2001) um processo de enfermagem com seis etapas: a **avaliação do comportamento** é o primeiro passo e envolve a recolha de dados sobre o comportamento da pessoa e o estado atual de adaptação e através da qual o enfermeiro avalia se a pessoa está a lidar de forma adaptativa com as mudanças no ambiente interno e externo; a **avaliação dos estímulos** é a identificação dos estímulos que afetam a adaptação da pessoa, o que contribui para a compreensão geral do enfermeiro sobre a situação. Estas duas primeiras etapas permitem obter a avaliação inicial, através da observação, monitorização e entrevista no momento da colheita de dados. A etapa seguinte é o **levantamento dos diagnósticos de enfermagem**, que resultam do processo de avaliação dos comportamentos e dos estímulos que afetam a pessoa, identificando-se os problemas de adaptação que a pessoa e família apresentam. Segue-se o **estabelecimento de objetivos** onde se determina, de forma clara, os resultados comportamentais da pessoa que se pretendem atingir através dos cuidados de enfermagem. As **intervenções de enfermagem** são em seguida delineadas e implementadas tendo em vista a adaptação da pessoa através da gestão dos estímulos presentes, desenvolvendo mecanismos de adaptação de forma a obterem-se comportamentos adaptáveis. Por fim, a **avaliação** que é a apreciação da eficácia das intervenções de enfermagem em relação ao comportamento da pessoa.

Com base neste referencial teórico será descrito o processo de enfermagem da Sra.H.L. e família a seguir.

1.2. O Processo de Enfermagem

1.2.1. Avaliação dos comportamentos e dos estímulos

Para a realização da colheita de dados da Sra. H.L. foi utilizado um guia orientador, previamente elaborado e utilizado em unidades curriculares do semestre anterior, que tem por base o Modelo de Adaptação de Callista Roy (Roy & Andrews, 2001); um instrumento criado para avaliar os possíveis problemas e preocupações da doente face à problemática da AIQ e o “Termómetro de avaliação do impacto da alopecia”, apresentados em seguida. Para além disso, foi consultado o processo clínico da doente.

Para a elaboração deste estudo de caso, foi previamente solicitada autorização verbal à doente, tendo sido garantida o anonimato e confidencialidade dos seus dados.

MODO FUNÇÃO DO PAPEL	
Nome: M.H.P.S.L.	
Nome pelo qual gosta de ser tratado: Sra. H.	
Data de Nascimento: **/**/1956	Idade: 62 anos
Naturalidade: Lisboa	Nacionalidade: Portuguesa
Estado Civil: Casada	
Habilitações literárias: 9º ano	
Profissão: Funcionária de empresa de lavagem de automóveis	
Situação laboral: <input type="checkbox"/> Ativo <input checked="" type="checkbox"/> Inativo <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Reformado	
Residência: <input checked="" type="checkbox"/> Própria <input type="checkbox"/> Alugada Tipo: <input type="checkbox"/> Apartamento <input checked="" type="checkbox"/> Moradia	
Condições habitacionais: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, por falta de:	
Barreiras arquitetónicas: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, quais:	

<p>Vive com: marido (68ª, com adenocarcinoma metastizado em fase ativa de tratamento), filho (37ª, com atrasos de desenvolvimento e com linfoma não Hodgkin em fase ativa de tratamento), filha (34ª, saudável), genro e dois netos (4 e 7ª, saudáveis)</p> <p>Pessoa de referência: Sr. J.L. Parentesco: marido Idade: Contato:*****</p> <p>Rede de suporte familiar: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim, quem? Marido, filha e genro</p> <p>Rede de suporte social? <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim, o quê/ quem? Familiares e amigos</p> <p>Rendimentos do agregado familiar: Reforma do marido e subsídio por incapacidade temporária</p>
<p>Antecedentes pessoais de saúde: Nega</p> <p>Antecedentes familiares: Pai (falecido aos 49ª) por carcinoma laríngeo; Irmão com adenocarcinoma da próstata</p> <p>Antecedentes cirúrgicos: Cesariana há 34ª e cirurgia do túnel cárpico (não sabe especificar há quanto tempo)</p> <p>Internamentos anteriores: Por cirurgias acima referidas</p> <p>Alergias: <input checked="" type="checkbox"/> Desconhece <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, a: --- Reação: ---</p> <p>Vigilância de saúde: Irregular através do médico de família</p> <p>Sistema/ Subsistema de Saúde: Sistema Nacional de Saúde</p>
<p>Diagnóstico clínico: Neoplasia das células blásticas dendríticas plasmocitóides (NCBDP)</p> <p>História da doença atual: Em maio de 2018, a doente foi referenciada para a consulta de maxilo-facial devido ao aparecimento de lesões cutâneas na zona parotídea. Em outubro, após realização de Tomografia Axial Computorizada da região cervical, é detetada uma massa e envolvimento nasofaríngeo, tendo sido submetida a curetagem, a amigdalectomia à direita, excisão cutânea esternal e miringotomia à direita, em novembro. No final de dezembro foi encaminhada para o serviço de hematologia de um centro hospitalar central, onde realizou mielograma. A avaliação histológica revelou o diagnóstico de Neoplasia das Células Blásticas Dendríticas Plasmocitóides. Internada no referido serviço a 2 de janeiro de 2019 para iniciar ciclo de QT, com o protocolo HyperCVAD.</p> <p>Exames auxiliares de diagnóstico realizados: Tomografia Axial Computorizada (10/2018), excisão cutânea de lesão (11/2018), mielograma (12/2018), análises clínicas regulares.</p> <p>Conhecimento do diagnóstico clínico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Parcial</p> <p>Proposta Terapêutica: <input checked="" type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Radioterapia</p> <p> <input checked="" type="checkbox"/> Alo-transplante de medula óssea</p>

<input type="checkbox"/> Auto-transplante de medula óssea
<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> IT <input checked="" type="checkbox"/> EV
Regime medicamentoso: omeprazol 20mg em jejum, lepicortionolo 60mg de manhã, escitalopram 10 mg de manhã, mexazolam 1mg ao deitar, loflazepato de etilo 2mg em SOS
Regime Terapêutico complementar: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, qual?

MODO FISIOLÓGICO
FUNÇÃO NEUROLÓGICA
Consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Acordado/Vígil <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Letárgico <input type="checkbox"/> Coma
Score de Glasgow: 15
Orientação: <input checked="" type="checkbox"/> Mantida <input type="checkbox"/> Comprometida, no <input type="checkbox"/> tempo <input type="checkbox"/> espaço <input type="checkbox"/> pessoa
Confusão: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Memória: <input checked="" type="checkbox"/> Mantida <input type="checkbox"/> Comprometida
Fala: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada, por:
Comportamento: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Agressivo <input type="checkbox"/> Passivo
Humor: <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Alterada, por: Tristeza
História de Convulsões: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, quando?
RESPIRAÇÃO
Respiração: <input checked="" type="checkbox"/> Mantida <input type="checkbox"/> Comprometida
Tipo de respiração: <input type="checkbox"/> Abdominal <input type="checkbox"/> Torácica <input checked="" type="checkbox"/> Toraco-abdominal
Profundidade: <input type="checkbox"/> Superficial <input checked="" type="checkbox"/> Média <input type="checkbox"/> Profunda
Perfusão capilar: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Alterada
Dispneia: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, sinais:
Sob oxigenioterapia: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, por:
Tosse: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, tipo:
Valor de Hemoglobina: 7,2 gr/dl
Sinais e sintomas: Astenia a médios esforços, palidez muco-cutânea
Transfusões: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
História de reação transfusional: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, qual?
Sinais Vitais: TA= 114/64mmHg; FC= 82bpm; Tax= 36,9°C; FR= 16 cpm; Dor= 0 (ausente)

SENTIDOS

Comunicação: ☒ Mantida ☐ Comprometida

Audição: ☒ Mantida ☐ Comprometida, usa aparelho auditivo? ☒ Não ☐ Sim

Visão: ☐ Mantida ☒ Comprometida, usa lentes corretivas? ☐ Não ☒ Sim

Tato: ☒ Mantido ☐ Comprometido, por: ---

Gosto: ☒ Mantido ☐ Comprometido, por: ---

História de Dor: ☒ Não ☐ Sim

Intensidade (Escala Numérica): ---

Localização: ---

Padrão: ☐ Flutuante ☐ Com irradiação ☐ Contínua

Características: ---

Fatores de alívio: ---

Duração de alívio: ---

Fatores desencadeantes: ---

Impacto da dor: ---

Expressões de dor: ---

Seguido na Consulta da dor ☒ Não ☐ Sim

NUTRIÇÃO

☒ Independente ☐ Dependente

Número de refeições por dia: 6

Tipo de dieta: Neutropénica e normocalórica

Restrições alimentares: Nega

Preferências alimentares: Refeições de carne

Apetite: ☒ Comprometido ☐ Mantido

Paladar: ☐ Comprometido ☒ Mantido

Náusea: ☒ Não ☐ Sim

Mastigação: ☐ Comprometida ☒ Mantida

Prótese dentária? ☐ Não ☒ Sim, qual: Superior

Disfagia: ☒ Não ☐ Sim

Ingesta hídrica adequada? ☒ Sim ☐ Não,

Medidas antropométricas: Peso: 55,9kg Altura: 162cm

IMC: 21,3 (normal)

Peso nos últimos 6 meses: ☐ Sem alteração

☐ Engordou ☒ Emagreceu, 12 Kg

Dispositivo para alimentação: ☐ SNG ☐ PEG

PROTEÇÃO

Pele: ☐ Íntegra ☒ Alterada

Tipo de lesão: Tumefações cutâneas dispersas eritematosas-violáceas

Localização: Na região torácica, dorsal e submandibular à direita

Características: Com tumefação, de cor violácea, dolorosas ao toque, com cerca de 2cm de diâmetro

Pele seca: ☒ Não ☐ Sim, Localização:

Eritema: ☐ Não ☒ Sim, Descrição / Localização: na região torácica, dorsal e submandibular à direita

Edema: ☒ Não ☐ Sim, Descrição/Localização:

Sinais de desidratação: ☒ Não ☐ Sim, quais?

Prurido: ☒ Não ☐ Sim, Descrição / Localização:

Unhas: ☒ Íntegras ☐ Alteradas, Descrição / Localização:

Perfusão dos tecidos: ☐ Comprometido ☒ Mantido

Temperatura: ☐ Aumentada ☒ Mantida ☐ Diminuída

Coloração: pálida

Sensibilidade: ☐ Comprometido ☒ Mantido

Pulso periférico: ☐ Comprometido ☒ Mantido

82 bpm, ☒ rítmico e cheio ☐ Fraco e disrítmico

História de perdas sanguíneas: Nega

Mucosite: ☒ Não ☐ Sim, de grau:

Hipertrofia gengival: ☒ Não ☐ Sim

Higiene corporal: ☒ Independente ☐ Dependente

☒ Adequada ☐ Não adequada

Hábitos de higiene corporal: diários

Higiene oral: ☒ Independente ☐ Dependente

<input checked="" type="checkbox"/> Adequada <input type="checkbox"/> Não adequada Hábitos de higiene oral: duas vezes por dia
ELIMINAÇÃO URINÁRIA
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Mantida <input type="checkbox"/> Comprometido, por --- <div style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Urgência urinária <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Uso de fralda/ penso</div> Características da urina: urina turva, amarelada, com cheiro intenso Dispositivo urinário: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, tipo: Calibre: De: ____/____/____ História de infecções urinárias: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, quantas vezes: ____ Último tratamento: ____/____/____
ELIMINAÇÃO INTESTINAL
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Mantido <input type="checkbox"/> Comprometido, por <div style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Obstipação <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Uso de fralda/ penso</div> Padrão habitual: 1 x dia Dispositivo de eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, tipo: Colocado a: ____/____/____ Características do estoma: Características do Abdómen: <input checked="" type="checkbox"/> Mantido <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Timpanizado <div style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Dor à palpação</div> Complicações: <input type="checkbox"/> Fissura anal <input type="checkbox"/> Hemorróida <input type="checkbox"/> Outra: ATIVIDADE E REPOUSO
Higiene pessoal: <input checked="" type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente Banho: <input checked="" type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente Ir ao WC: <input checked="" type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente Subir escadas: <input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente Vestuário: <input checked="" type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente Controlo vesical: <input checked="" type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente

Controlo intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente
Deambulação: <input checked="" type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente
Transferências cama/cadeira: <input checked="" type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente
Atividades de lazer: ver televisão, estar com os netos.
Sono: <input type="checkbox"/> Mantido <input checked="" type="checkbox"/> Comprometido
Hábitos de sono: 7/8h por noite
Hábitos de repouso: refere descansar 1h após o almoço
Estratégias adaptativas: Indutores de sono
LOCOMOÇÃO
Mobilidade: <input checked="" type="checkbox"/> Mantida <input type="checkbox"/> Comprometida
Força muscular: <input type="checkbox"/> Mantida <input checked="" type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Ausente
Dispositivos de mobilização: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, tipo:
Prótese ortopédica: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, tipo:
Fraturas: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, localização:
Rigidez articular: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, localização:
Espasticidade: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, localização:
Parésia: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, localização:
Plégia/Paralisia: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, localização:
Hábitos de exercício: nega
História de quedas: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Risco de Queda (segundo escala de Morse): <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Médio <input checked="" type="checkbox"/> Baixo
OUTROS - SEXUALIDADE
Vida sexual ativa? <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Método anticoncecional: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, qual?
Impotência/ disfunção sexual: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Teve alteração da vida sexual no decorrer da doença? <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim, que alteração?
Devido à doença do marido, a Sra. H.L refere que não tem tido relações sexuais devido à diminuição da libido
OUTROS - USO DE SUBSTÂNCIAS
Tabaco: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, quantas unidades por dia? ---
Álcool: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, quantidade por dia? ---

Drogas: ☒ Não ☐ Sim, quais? ---

MODO INTERDEPENDÊNCIA

Relações interpessoais: ☐ Mantidas ☒ Comprometida, por: internamento prolongado; situação de saúde do filho e do marido;

Necessidades afetivas: ☒ Mantidas ☐ Comprometidas, por: _____

Preocupações dominantes: não poder cuidar do filho e do marido devido ao seu estado de saúde;

Capacidade para o autocuidado: ☒ Mantida ☐ Comprometida por: _____

Capacidade de interagir: ☐ Mantida ☒ Comprometida por: astenia a médios esforços e *status* psicológico comprometido (tristeza e ansiedade)

Sistemas de apoio: doente recusa necessidade de apoio social; a nível familiar reconhece a filha como suporte, tanto para si como para o pai e o irmão.

MODO AUTOCONCEITO

SER FÍSICO

Autocuidado com a imagem: ☒ Mantido ☐ Comprometido, por: _____

Autoimagem: ☐ Mantida ☒ Comprometida, por: sentimento de perda de identidade pessoal e de feminilidade (devido à astenia, ao emagrecimento repentino e à inevitabilidade da queda do cabelo).

SER PESSOAL

Experiências de vida significativas: refere que as doenças oncológicas recentes do marido e do filho a prepararam para a gestão emocional que precisa para se adaptar à sua própria doença hemato-oncológica;

Projetos de vida: verbaliza que já viveu muita coisa, que a construção recente da sua casa nova foi um projeto há muito pensado, e que neste momento só quer ver os netos crescer.

Crenças e valores: crê em Deus e que Ele a ajudará a ultrapassar esta situação; reza diariamente tendo um terço sempre consigo.

Preocupações existenciais: refere receio da perda de independência e das alterações da imagem provocadas pela QT; refere receio que as alterações da sua imagem corporal não sejam bem aceites pelos seus netos (crianças pequenas).

Autoestima: ☐ Mantida ☒ Comprometida, por: imagem negativa de si mesma neste momento referindo que “já não serve para nada, só se for para dar trabalho” (SIC)

Emoções/ Sentimentos face ao diagnóstico: Medo do futuro; tristeza (chora frequentemente); ansiedade face ao tratamento e aos seus efeitos secundários.

Expectativa face ao tratamento: Receio face aos efeitos secundários e da possível ineficácia do mesmo.

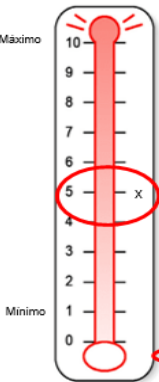
Remetendo para a problemática em estudo neste projeto, foi também um instrumento de avaliação do possível impacto da AIQ nas diversas dimensões da pessoa, instrumento criado previamente no âmbito deste projeto, o “Termómetro de avaliação do impacto da alopecia”. É constituído pela imagem de um termómetro, solicitando-se à pessoa que identifique numa escala de zero (valor mínimo) a dez (valor máximo), o nível de sofrimento que sente face à ocorrência futura da alopecia. Ao aplicar este instrumento, a Sra. H.L. identificou um nível cinco de sofrimento. Em seguida, foi pedido à pessoa que identificasse os estímulos dos modos fisiológico, de papéis, de interdependência ou de autoconceito, que eram um problema para si. Apresenta-se o instrumento preenchido pela Sra. H.L. em seguida.

TERMÓMETRO DE AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA ALOPÉCIA

Qual o grau de impacto que a alopecia (queda do cabelo) tem para si?

Assinale o número que melhor quantifica a intensidade das suas preocupações/problemas perante a ocorrência da alopecia (queda do cabelo), em que zero (0) corresponde à ausência de preocupações/ problemas e dez (10) corresponde ao seu nível máximo.

Em seguida, indique quais das seguintes questões são um problema/ preocupação para si devido à alopecia:

	<p>Problemas Físicos:</p> <p><input type="checkbox"/> Dor no couro cabeludo</p> <p><input type="checkbox"/> Prurido (comichão)</p> <p><input type="checkbox"/> Ardor ou sensação de queimadura</p> <p><input type="checkbox"/> Outros: _____</p> <p>Problemas de interdependência:</p> <p><input type="checkbox"/> O olhar dos outros</p> <p><input type="checkbox"/> Capacidade para falar sobre a alopecia</p> <p><input type="checkbox"/> Relação com a família</p> <p><input type="checkbox"/> Relação com o(a) companheiro (a)</p> <p><input type="checkbox"/> Relação com os filhos</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Relação com os amigos</p>	<p><input type="checkbox"/> Sentido de feminilidade/ masculinidade</p> <p><input type="checkbox"/> Satisfação da sexualidade</p> <p><input type="checkbox"/> Outros: _____</p> <p>Problemas de Papel:</p> <p><input type="checkbox"/> Mostrar que está doente</p> <p><input type="checkbox"/> Interferência na atividade profissional</p> <p><input type="checkbox"/> Outros: _____</p>	<p>Problemas de Autoconceito</p> <p><input type="checkbox"/> Sentir-se diferente dos outros</p> <p><input type="checkbox"/> Desconforto quando se vê ao espelho</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Alteração da auto-imagem</p> <p><input type="checkbox"/> Imitação/ Revolta</p> <p><input type="checkbox"/> Ansiedade</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Tristeza</p> <p><input type="checkbox"/> Solidão</p> <p><input type="checkbox"/> Sensação de perda</p> <p><input type="checkbox"/> Falta de confiança no futuro</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Alteração da auto-estima</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Conhecimentos sobre como lidar com a queda do cabelo</p>
---	--	--	---

Queremos ajudá-la(o) a vivenciar esta fase da melhor forma para si.

Vai querer cortar o cabelo? ☐ Não ☒ Sim ☐ Por fases: 1º corte: __/__/__ só quando começar a cair 2º corte: __/__/__

Quem deseja que esteja presente nesses momentos? __filha__

Que outros aspetos serão importantes nesse momento? apoio emocional e ensinamentos sobre os cuidados a ter

Instrumento criado com base no *Chemotherapy-Induced Alopecia Concern Scale* de Che, J., Chin, E., Jin, L., Xu, Y., Park, Y., Lee, S., Lee, J., Yang, J., Nam, S. (2012) e no *Cancer Thermometer* do National Comprehensive Cancer Network (NCCN).

De acordo com a evidência científica, foram realizadas outras **intervenções de enfermagem no âmbito da avaliação**, que permitissem identificar os problemas relacionados com a problemática da AIQ, tais como:

- Avaliar o conhecimento sobre o problema: foi questionada a Sra. H.L. se estava informada sobre a queda do cabelo e o que sabia sobre isso; respondeu que estava

informada, mas que não tinha conhecimento quando ocorreria esse fenómeno durante o seu processo de tratamento;

- Avaliar o significado da queda do cabelo (Batchelor, 2001; Hesketh et al., 2004; Borselino & Young, 2010; Zannini et al., 2012): perguntou-se à doente qual a importância do seu cabelo, o que a fazia sentir as mudanças que pudessem ocorrer na sua imagem corporal, ao qual a Sra. H.L. referiu que sempre gostou de ter o cabelo comprido, pintado e cuidado, e que a queda do mesmo a iria fazer sentir-se doente e, acima de tudo, mostrar aos outros que estava mais frágil

- Verificar contato no passado com o fenómeno: ao questionar-se a Sra. H.L. sobre contatos prévios com a queda do cabelo, referiu que o seu filho, atualmente a fazer também tratamentos com QT, teve como efeito secundário a alopecia e que para si, enquanto mãe, foi difícil vê-lo diferente, tendo juntos encontrado formas de diminuir o impacto da alopecia ao arranjarem chapéus e gorros que camuflassem a queda do cabelo;

- Identificar tipo de apoios (familiar, emocional e social) (Batchelor, 2001; Hesketh et al., 2004): durante a interação com a Sra. H.L. esta referiu que a sua família é um grande apoio, e que sabe que a filha a poderá ajudar a encontrar estratégias para lidar com a queda do cabelo; referiu ainda que a filha já estava à procura de locais na comunidade de venda de dispositivos de reabilitação da imagem, tais como próteses capilares e turbantes;

- Identificar crenças relativas ao fenómeno: ao longo da interação com a Sra. H.L. verificou-se que esta acreditava que, na comunidade em que se inseria, as pessoas iriam comentar a alteração da sua imagem e que isso iria perturbá-la;

- Avaliar risco de autocuidado comprometido (Batchelor, 2001; Hesketh et al., 2004): durante as interações com a doente, foi possível avaliar a capacidade da Sra. H.L. para o seu autocuidado relativamente às questões relacionadas com o cuidado ao cabelo, ao couro cabeludo e aos dispositivos de reabilitação da imagem, identificando a sua capacidade para a realização destas atividades;

- Avaliar aceitação do estado de saúde (Cho et al., 2013): a Sra. H.L. demonstrou, ao longo do internamento, encontrar-se na fase de aceitação da sua doença;

- Avaliar conhecimento sobre os dispositivos de reabilitação da imagem (Cho et al., 2013): quando questionada sobre os seus conhecimentos sobre os dispositivos

existentes para camuflar a alopecia, a Sra. H.L. referiu saber da existência das próteses capilares, dos turbantes e dos lenços, mas confessou não ter conhecimentos sobre os cuidados a ter com os mesmo nem de que forma aplicá-los;

- Avaliar risco de funcionamento sexual comprometido (Cho et al., 2013).: a Sra. H.L., durante a interação, referiu que atualmente não tem vida sexual ativa devido ao processo de doença do marido, mas que continuam a trocar afetos e que acredita que a alopecia não interferirá com isso.

1.2.2. Diagnósticos de Enfermagem

Após a avaliação dos comportamentos e dos estímulos da Sra. H.L. foram identificadas as respostas não adaptativas e levantados os diagnósticos de enfermagem, de acordo com a linguagem da CIPE (ICN, versão 2015), sistematizados no seguinte quadro.

Modo adaptativo comprometido	Comportamento não adaptativo	Estímulos focais, contextuais e residuais	Diagnóstico de Enfermagem (CIPE versão 2015)
Modo fisiológico	<ul style="list-style-type: none">• Eritema na zona torácica, cervical e submandibular à direita• Sexualidade alterada	<ul style="list-style-type: none">• Situação clínica• Diagnóstico oncológico do marido	<ul style="list-style-type: none">• Eritema presente• Sexualidade comprometida
Modo da função papel	<ul style="list-style-type: none">• Risco de dependência financeira	<ul style="list-style-type: none">• Normas sociais;• Idade;• Estado físico e emocional;	<ul style="list-style-type: none">• Risco de desempenho de papel comprometido

Modo interdependência	<ul style="list-style-type: none"> • Risco de dificuldade nas interações sociais • Risco de diminuição das atividades de lazer 	<ul style="list-style-type: none"> • Situação clínica • Internamento prolongado • Capacidade de interação; • Expectativas e consciência das necessidades 	<ul style="list-style-type: none"> • Relações interpessoais comprometidas • Risco de isolamento social • Risco de solidão
Modo autoconceito	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimento negativo sobre o corpo e a sua aparência • Sentimento de desvalorização pessoal 	<ul style="list-style-type: none"> • Situação clínica • Astenia • Emagrecimento • Inevitabilidade da queda do cabelo • Reação dos outros; • Perceção de si; • Nível de autoestima; • Mecanismos de resistência; 	<ul style="list-style-type: none"> • Imagem corporal comprometida • Risco de baixa autoestima situacional • Sentimento de impotência atual • Risco de <i>status</i> psicológico comprometido

Foram realizadas intervenções dirigidas aos diagnósticos de enfermagem identificados, contudo nos parágrafos seguintes será abordado o diagnóstico de enfermagem **imagem corporal comprometida relacionada com a AIQ**.

A AIQ desenvolve-se duas a três semanas após o início da QT, e pode ser parcial ou total, podendo afetar o couro cabeludo e os outros pelos corporais, em aproximadamente 65% dos doentes com cancro, sendo um efeito secundário comum em muitos protocolos de QT (McGarvey et al., 2001; Chon et al., 2012; Can et al., 2017; Rubio-Gonzalez et al., 2018). É um efeito que pode causar um elevado sofrimento, provocando alterações na sua estabilidade psicossocial, produtividade e satisfação pessoal (Chon et al., 2012).

1.2.3. Objetivos de Enfermagem

Para o diagnóstico de enfermagem de **imagem corporal comprometida relacionada com a AIQ**, foram definidos os seguintes objetivos: que a Sra. H.L. evidencie comportamentos adaptativos na gestão da AIQ, através da capacidade para o autocuidado, da manutenção das interações e atividades sociais, e da valorização pessoal e aumento da autoestima.

No estabelecimento destes objetivos foi definida a extensão do tempo de duas semanas, altura em que se aplicou novamente o instrumento de avaliação do impacto da alopecia na vida da Sra. H.L.

1.2.4. Intervenções de Enfermagem

Atendendo ao diagnóstico de enfermagem de **autoimagem comprometida relacionada com a AIQ**, foram desenvolvidas intervenções de enfermagem no âmbito da avaliação (abordadas na secção anterior), de gestão e suporte, de informação e educação, e de referenciação.

Com o objetivo de promover a adaptação à AIQ, foram realizadas as seguintes intervenções de enfermagem do âmbito da **gestão e suporte**:

- Aconselhar o cliente sobre corte do cabelo (Batchelor, 2001; Hesketh et al., 2004; Frith et al., 2007; Borselino & Young, 2010; McGarvey et al., 2010; Zannini et al., 2012): foi referido que, por vezes, a queda do cabelo é mais impactante e incomodativa para a pessoa que a vivencia por verem os cabelos caídos na cama, na roupa e à sua volta; que existem pessoas que preferem cortar o cabelo por fases antes da queda do cabelo para diminuir o impacto visual de um volume grande de queda do cabelo e também como forma de ensaio comportamental, em que a pessoa se vai visualizando com o cabelo mais curto; porém foi reforçado que o corte faseado e prévio do cabelo é uma decisão individual de cada pessoa, podendo a Sra. H.L. decidir o que fosse melhor para si;
- Apoiar o cliente a gerir emoções (Dougherty, 2007; Zannini et al., 2012): através de uma compreensão empática validou-se tristeza da Sra. H.L. face à inevitabilidade da queda do cabelo, tendo-lhe sido dito que esta emoção perante a situação era válida mas que com a sua rede de suporte e o apoio da equipa de enfermagem desejar-se-ia que se conseguisse adaptar à situação;

- Incentivar o cliente a identificar o dispositivo de reabilitação da imagem adequado (Dougherty, 2007; Zannini et al., 2012): ao ser informada sobre os diversos dispositivos de reabilitação da imagem existentes, a Sra. H.L. referiu que já havia decidido adquirir uma prótese capilar para colocar quando necessitasse de se expor na comunidade, e que utilizaria um turbante confortável quando estivesse num ambiente mais privado;
- Apoiar o cliente no processo de tomada de decisão (Frith et al., 2007; Borselino & Young, 2010): foram validadas as suas decisões relativamente à escolha dos dispositivos de reabilitação da imagem, reforçando a ideia que o importante era a Sra. H.L. sentir-se confortável e confiante;
- Aconselhar o cliente sobre maquilhagem corretiva (Dougherty, 2007; Amiel et al., 2009): foi informada sobre a possível queda parcial dos outros pelos corporais (sobrancelhas, cílios e outros) e as alterações da coloração da pele, tendo-se aconselhado a utilizar maquilhagem adequada que ajudasse a corrigir estas alterações, como um lápis e pó definidor de sobrancelhas, e outros produtos adequados à situação;
- Elogiar o cliente: durante a interação foi expressa aprovação pela imagem corporal da Sra. H.L. e reforçada a importância de continuar a cuidar da sua imagem apesar das alterações da mesma;
- Aconselhar o cliente a explicar a queda do cabelo à família: a Sra. H. L. referiu que estava preocupada com o impacto que a sua queda de cabelo poderia ter nos seus netos (crianças de 4 e 7 anos); foram fornecidas algumas estratégias, muito dependentes da estadia de desenvolvimento das crianças, relativamente às explicações a dar sobre a queda do cabelo; foi aconselhada a Sra. H.L. a definir com a sua filha, mãe das crianças, a informação a transmitir, a utilizarem linguagem simples e apropriada às suas idades, a explicar-lhes que o cansaço, as alterações da imagem era decorrentes dos tratamentos para a doença da avó, e que a queda do cabelo era algo que iria ser passageiro; informou-se que algumas crianças tem necessidade de se envolver nos cuidados, em ver e tocar no couro cabeludo, em participar na aplicação dos dispositivos, mas que, por outro lado, outras crianças preferem não se envolver nestas situações; que teria de ser uma decisão partilhada em família;

- Estimular a participação da família no processo de adaptação: segundo a Sra. H.L., a sua filha estava a procurar recursos da comunidade onde pudesse adquirir dispositivos de reabilitação da imagem, tendo sido dadas algumas informações sobre isso e reforçada a importância deste envolvimento da família no processo de adaptação à problemática;
- Assegurar privacidade e ambiente físico efetivo (McGarvey et al., 2010): foi providenciado e assegurado um ambiente adequado e privado, durante as interações;
- Estimular esperança (Dougherty, 2007): incitou-se a Sra. H.L. a manter confiança no futuro, o entusiasmo pela vida, o otimismo, o traçar de objetivos e a mobilizar energia para ultrapassar a ocorrência da alopecia;
- Incentivar o cliente a manter o papel familiar, social e profissional (Dougherty, 2007): estimulou-se a Sra. H.L. a procurar manter as suas atividades familiares, sociais e profissionais, encontrando estratégias de adaptação que lhe permitissem camuflar a alopecia, caso o desejasse, de forma a não alterar os seus papéis devido a este fenómeno

A par destas intervenções, foram também realizadas intervenções de enfermagem do âmbito da **informação e educação**, como forma de promover a adaptação à AIQ, tais como:

- Explicar ao cliente a importância da quimioterapia: a Sra. H.L. foi informada de forma compreensível que a queda do cabelo estava relacionada com o tratamento e não com a doença, e que este era importante para o controlo da sua doença;
- Informar o cliente sobre os dispositivos de reabilitação da imagem (Batchelor, 2001; Nolte et al., 2006; Taggart et al., 2009; Borsellino & Young, 2010; Zannini et al., 2012): foi informada a Sra. H.L. dos dispositivos de reabilitação da imagem existentes, tais como as próteses capilares, os lenços, turbantes, gorros e chapéus
- Explicar ao cliente as características da queda do pelo (Batchelor, 2001; Nolte et al., 2006): foi explicado à Sra. H.L. as causas e o grau de queda de cabelo expectável de acordo com o seu tratamento, em que período ocorreria, quais os sintomas físicos que poderiam também ocorrer, como a dor no couro cabeludo, o prurido e a descamação, e quais os locais do corpo em que alopecia poderia ocorrer (para além da cabeça, as sobrancelhas e as pestanas, bem como os restantes pelos corporais);

- Informar o cliente do efeito transitório e reversível da queda do pelo (Batchelor, 2001; Dougherty, 2007): foi explicado que a alopecia era um efeito temporário e reversível, ou seja, cerca de 3 a 6 meses após o final dos tratamentos de QT, o cabelo e os outros pelos do corpo voltariam a crescer;
- Ensinar o cliente sobre o autocuidado com a pele e couro cabeludo (Batchelor, 2001; Hesketh et al., 2004; Dougherty, 2007; Taggart et al., 2009): foi dada informação sobre as estratégias de autocuidado com a pele e o couro cabeludo, tais como a proteção contra as agressões ambientais como o sol e o frio, aconselhando a aplicação de dispositivos de proteção; a evitar a exposição solar; a utilizar cremes com fatores de proteção solar; e a massajar e hidratar o couro cabeludo;
- Informar o cliente sobre o risco de mucosas comprometidas: informou-se do risco de secura das mucosas devido à perda dos cílios, aconselhando-a, por exemplo, a utilizar óculos e a hidratar os olhos e o nariz com soro fisiológico;
- Explicar ao cliente as características do crescimento do pelo (Batchelor, 2001; Hesketh et al., 2004; Nolte et al., 2006): informou-se que era possível que o cabelo crescesse de textura e cor diferente do cabelo antigo;
- Ensinar ao cliente sobre o autocuidado com o pelo no período de crescimento (Batchelor, 2001; Hesketh et al., 2004; Dougherty, 2007): foi informada que antes da queda e na fase de crescimento do cabelo devia evitar a sua lavagem diária, usar um champô neutro, usar água tépida, não usar equipamento ou produtos agressivos, deixar o cabelo secar ao natural, usar pente de dentes largos e não escovar excessivamente o cabelo;
- Informar o cliente sobre os recursos da estrutura social (Zannini et al., 2012): informou-se a Sra. H.L. sobre os recursos da comunidade, como grupos de apoio ou associações voluntárias que promovem a adaptação à doença oncológica.

No âmbito da referenciação, foi solicitado ao médico assistente a prescrição da prótese capilar enquanto ajuda técnica, para que a doente pudesse utilizar a fatura como despesa de saúde. Também foi referido a possibilidade, caso tivesse essa necessidade, de referenciação para profissionais especializados, como o psicólogo, ou para apoios sociais e financeiros, como a assistente social do hospital (Batchelor, 2001; Dougherty, 2007; Zannini et al., 2012).

1.2.5. Avaliação

A avaliação é o último passo do processo de enfermagem, descrito pelo Modelo de Adaptação de Callista Roy (Roy & Andrews, 2001).

Neste caso, para avaliar a eficácia das intervenções realizadas foi novamente aplicado o instrumento de avaliação “Termómetro de avaliação do impacto da alopecia” à Sra. H.L., tendo-se verificado uma redução de dois pontos relativos à intensidade do impacto da AIQ na vida da pessoa, tal como uma redução dos estímulos.

CONCLUSÃO

A realização deste estudo de caso permitiu a observação, compreensão, descrição e análise reflexiva da situação real da Sra. H.L. e das dimensões afetadas durante a sua trajetória de doença, nomeadamente perante a problemática da AIQ. A avaliação dos comportamentos e dos estímulos, a identificação dos problemas e diagnósticos de enfermagem, e as intervenções de enfermagem de forma a promover a adaptação à AIQ, com base do Modelo de Adaptação de Callista Roy (Roy & Andrews, 2001) mostrou-se uma excelente ferramenta para a realização do processo de enfermagem da Sra. H.L. Para além das intervenções do âmbito da avaliação, completando a avaliação dos comportamentos e dos estímulos, foram descritas as intervenções do âmbito de gestão e suporte, de informação e educação, e de referenciação, com o objetivo de promover a adaptação da Sra. H.L. à AIQ. Com a aplicação do instrumento de avaliação “Termómetro do impacto da alopecia” foi possível verificar uma diminuição da intensidade deste impacto e da redução dos estímulos que se traduziam em respostas ineficazes desta pessoa à ocorrência da AIQ.

Para além disto, a realização deste estudo de caso proporcionou o desenvolvimento de uma prática de cuidados de qualidade, refletir criticamente essa prática e o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, na medida em que permitiu adquirir um conhecimento mais aprofundado no domínio da enfermagem em oncologia, tendo em conta as respostas humanas aos processos da doença oncológica na vida das pessoas, neste caso especificamente em relação ao impacto da AIQ na vida da Sra. H.L.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amiel, P., Dauchy, S., Bodin, J., Cerf, C., Zenasni, F., Pezant, E., ... DiPalma, M. (2009). Evaluating beauty care provided by the hospital to women suffering from breast cancer: qualitative aspects. *Supportive Care in Cancer* 17, 839–845.
- Batchelor, D. (2001). Hair and cancer chemotherapy: consequences and nursing care – a literary study. *European Journal of Cancer Care*, 10, 147-163.
- Borselino, M. & Young, M. (2010). Anticipatory coping: Taking control of hair loss. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 15 (3), 311-315.
- Can, G., Yildiz, M. & EmelEmineÖzdemir, R. (2017). Supportive care for chemotherapy induced alopecia: challenges and solutions. *Clin Res Infect Dis* 4(1), 1048.
- Carpenito, L. (2012). *Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica*. 13ªed. Porto Alegre: Artmed.
- Cho, J., Choi, E., Kim, I., Im, Y., Park, Y., Lee, S., ... Nam, S. (2013). Development and validation of Chemotherapy-induced Alopecia Distress Scale (CADS) for breast cancer patients. *Annals of Oncology*, 25(2), 346–351.
- Chon, S., Champion, R., Geddes, E. & Rashid, R. (2012). Chemotherapy-induced alopecia. *J Am Acad Dermatol*. 67 (1), 37–47.
- Cook, N. (1999). Self-concept and cancer: understanding the nursing role. *British Journal of Nursing*. 8(5). 318-324.
- Costa, C., Magalhães, H., Félix, R., Costa, A. & Cordeiro, S. (2005). *O Cancro e a Qualidade de vida*. Sintra: Novartis.
- Dias, V., Andrade, S., Santos, C., Oliveira, P. & Rodrigues, A. (2015). Cuidado ao idoso com duas neoplasias primárias e metástases fundamentado na teoria de Callista Roy. *Revista de Enfermagem UFPE Online*. 9 (6). 8285-8294.
- Direção Geral de Saúde (2017). *Programa nacional para as doenças Oncológicas*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio->

de-informacao/por-serie-880762-pdf.aspx?v=11736b14-73e6-4b34-a8e8-d22502108547.

- Dougherty, L. (2007). Using nursing diagnoses in prevention and management of chemotherapy-induced alopecia in the cancer patient. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. 18(4), 142-149.
- Frith, H., Harcourt, D. & Fussell, A. (2007). Anticipating an altered appearance: women undergoing chemotherapy treatment for breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 11 (5), 385–391.
- Galdeano, L., Rossi, L. & Zago, M. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(3), 371-375.
- Hesketh, P., Batchelor, D., Mitch, G., Lyman, G., Rhodes, N. & Yardley, D. (2004). Chemotherapy-induced alopecia: psychosocial impact and therapeutic approaches. *Supportive Care in Cancer* 12, 543–549.
- International Council of Nurses. (2016). *CIPE® Versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.
- McGarvey, E., Leon-Verdin, M., Baum, L., Bloomfield, K., Brenin, D., Koopman, C., Acton, S., Clark, B. & Parker, B. (2010). An evaluation of a computer-imaging program to prepare women for chemotherapy-related alopecia. *Psycho-oncology*, 19(7), 756-66.
- Nolte, S., Donnelly, J., Kelly, S., Conley, P. & Cobb, R. (2006). A randomized clinical trial of a videotape intervention for women with chemotherapy-induced alopecia: a gynecologic oncology group study. *Oncology Nursing Forum*, 33(2), 305–311.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pinto, K., Filho, J., Jorge, I., Avelino, A., Mota, T., Dantas, A. & Cavalcante, A. (2017). Neoplasia de células blásticas dendríticas plasmocitóides com manifestação cutânea exuberante: relato de caso. *Revista de Medicina da UFC*. 57(3), 58-61.
- Roy, C. & Andrews, H. (2001). *Teria da Enfermagem – O Modelo de Adaptação de Roy*. Lisboa: Instituto Piaget.

- Rubio-Gonzalez, B., Juhász, M., Fortman, J. & Mesinkovska, N. (2018). Pathogenesis and treatment options for chemotherapy-induced alopecia: a systematic review. *International Journal of Dermatology*. DOI: 10.1111/ijd.13906
- Taggart, L., Ozolins, L., Hardie, H. & Nyhof-Young, J. (2009). Look good feel better workshops: a “big lift” for women with cancer. *Journal of Cancer Education*, 24(2), 94–99.
- Zannini, L., Verderame, F., Cucchiara, G., Zinna, B., Alba, A. & Ferrara, M. (2012). “My wig has been my journey’s companion”: perceived effects of an aesthetic care programme for Italian women suffering from chemotherapy-induced alopecia. *European Journal of Cancer Care*, 21(5), 650-660.

**APÊNDICE XXIV – Cartaz de divulgação à população-alvo para a
1ª sessão coletiva do Programa de
Cuidados Oncoestéticos “Bela-me-quero”**



CONVITE

Venha participar na sessão de esclarecimento
**“ADAPTAÇÃO À ALOPECIA
INDUZIDA POR QUIMIOTERAPIA”**

Dia 5 de Fevereiro, às 14h no refeitório do serviço.

Programa



Bela-me-quero

Serão abordadas questões relativas a:

- Alopecia (queda do cabelo);
- Cuidados a ter na adaptação à alopecia;
- Recursos/ Dispositivos de adaptação;
- Maquilhagem corretiva.



**APÊNDICE XXV – Diapositivos da 1ª sessão coletiva “Adaptação
à alopecia” do Programa de Cuidados
Oncoestéticos “Bela-me-quero”**

Sessão Educativa

Adaptação à Alopecia (queda do cabelo)

Enf. Rita Carvalho

Fevereiro, 2019

3

O QUE É A ALOPÉCIA?



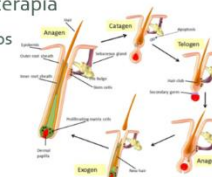
É a queda do cabelo e de outros pelos corporais;

Cabelo Sobrancelhas Pestanas Barba e bigode Pelos púbicos Outros pelos corporais

Neste caso, é um **efeito secundário do seu tratamento** de quimioterapia

- Surge devido à ação dos fármacos nas células do folículo capilar e dos cílios

Pode ser parcial ou total



QUANDO OCORRE A ALOPÉCIA?



A queda do cabelo ocorre normalmente entre
a 2ª e 3ª semana após o início do seu tratamento,
podendo ser gradual ou repentina.

Pode sentir **desconforto, comichão, formigueliro, ou outros sintomas.**

3

O QUE PODERÁ FAZER?



ANTES DA QUEDA:

- Pense na melhor alternativa para si! Existem diversos recursos que podem ajudar a ocultar a queda do cabelo, como próteses, lenços, turbantes, chapéus e gorros;
- Adquira estes recursos antes da queda do cabelo; poderá optar por algo semelhante ao seu visual habitual ou escolher um visual diferente;
- Pense na alternativa de cortar o cabelo mais curto inicialmente para se adaptar à alteração da sua imagem e para minimizar o desconforto de assistir a uma queda significativa do cabelo;
- Converse com os seus familiares sobre a queda de cabelo e as possíveis alterações da sua imagem corporal.

4

O QUE PODERÁ FAZER?



DURANTE A QUEDA:

- Utilize o recurso que melhor se adapta a si;
- Proteja o couro cabeludo e outras áreas de perda de cabelo contra o sol e o frio, utilizando protetor solar e turbantes ou gorros;
- Hidrate o couro cabeludo: continue a lavá-lo com produtos neutros adequados e a aplicar um creme amaciador;
- Utilize maquilhagem corretiva, tal como lápis definidor de sobrancelhas, base para imperfeições, ou outros produtos de maquilhagem, à base de minerais;
- Os olhos e as narinas podem secar por falta dos cílios (pelos): hidrate-os com soro fisiológico e utilize óculos de sol.

5

O QUE PODERÁ FAZER?



A alopecia é um efeito temporário.

Cerca de **6 a 8 semana** após o último tratamento,
o cabelo voltará a crescer,
de forma gradual.

Poderá crescer com uma textura e cor diferente da anterior.

6

O QUE PODERÁ FAZER?



QUANDO O CABELO VOLTAR A CRESCER:

- Evite a lavagem diária do cabelo;
- Use champôs rico em proteínas e com pH neutro;
- Lave o cabelo com água tépida;
- Deixe o cabelo secar ao natural, evitando o uso de secadores ou placas de aquecimento;
- Use um pente de dentes largos ou uma escova de cerdas macias;
- Não o escove excessivamente;
- Evite usar elásticos, molas, rolos ou outros acessórios agressivos;
- Evite o uso de lacas, gel de fixação, tintas de coloração (ou se preferir, use tintas sem amoníaco e à base de produtos naturais) ou outros produtos agressivos para o cabelo.

7

DISPOSITIVOS DE REABILITAÇÃO DA IMAGEM



Utilize o recurso que melhor se adapta a si.

Turbantes

Próteses capilares

Lenços

Chapéus

Gorros

8

DISPOSITIVOS DE REABILITAÇÃO DA IMAGEM



Próteses capilares

Sintéticas ou Naturais

Preços variados



Cuidados a ter com a sua manutenção

Locais onde adquirir

Receita de ajuda técnica

APOIO SOCIAL E FINANCEIRO



Pode solicitar ao seu médico assistente a prescrição de uma prótese capilar (considerada uma ajuda técnica).

Os subsistemas de saúde (ADSE, SAMS, ADM; outros) **comparticipam em 80%** do valor da prótese capilar, apresentando a receita médica e a fatura da prótese.

O **Sistema Nacional de Saúde** não comparticipa a aquisição das próteses, contudo o seu valor pode ser **deduzível no IRS como despesa de saúde**.

Outras instituições (LPLC, APCL) poderão ajudá-la(o).

DISPOSITIVOS DE REABILITAÇÃO DA IMAGEM



Lenços

Tipo de material
(preferir o algodão)

Preços variados

Cores e padrões



Colocação de lenços



11

MAQUILHAGEM CORRETIVA



Sessão prática

12

APOIO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM



A Equipa de Enfermagem
está disponível
para a(o) ajudar
a adaptar-se a este efeito.

13

Questões?
Comentários?



Obrigada
pela vossa
participação!

14

**APÊNDICE XXVI – Diapositivos da sessão de formação à equipa
de enfermagem no local de estágio C**

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

9º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica na Opção de Enfermagem Oncológica
Unidade Curricular – Estágio com Relatório

A intervenção do enfermeiro na promoção da adaptação à alopecia induzida por quimioterapia.

Rita Carvalho

Fevereiro, 2019

Docente Orientadora: Prof. Alexandra Pinto dos Santos
Enf. Orientadora:

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

OBJETIVOS GERAIS DA SESSÃO

Bela-me-quero

- Apresentar o projeto "A intervenção do enfermeiro na promoção da adaptação à alopecia induzida por quimioterapia";
- Descrever as características da alopecia induzida por quimioterapia e o seu impacto na pessoa com doença hemato-oncológica;
- Apresentar as intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à alopecia induzida por quimioterapia;
- Apresentar os resultados obtidos com o desenvolvimento do projeto no local de intervenção.

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Bela-me-quero

FINALIDADE	Implementar um projeto de melhoria de cuidados de enfermagem ao doente hemato-oncológico, em risco ou com alopecia induzida por quimioterapia
OBJETIVOS GERAIS	<ul style="list-style-type: none">• Prestar cuidados de enfermagem à pessoa com doença oncológica, em risco ou com alopecia induzida por quimioterapia, avaliando o seu impacto nas dimensões física, psicológicas, sociais, culturais e espirituais, intervindo de forma a promover a adaptação a este efeito secundário;• Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais que permitam prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa em risco ou com alopecia induzida por quimioterapia;

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

PROJETO DE INTERVENÇÃO

Bela-me-quero

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	<ul style="list-style-type: none">• Protocolo de revisão <i>scoping</i> (34)• Observação de consultas de enfermagem (4)• Questionários a enfermeiros com experiência na área da Hemato-oncológica (7)
	<ul style="list-style-type: none">• Identificação das Intervenções de Enfermagem promotoras da adaptação à alopecia induzida por quimioterapia (45)
	<ul style="list-style-type: none">• Validação por painel de peritos• Proposta de Procedimento Sectorial• Guia informativo "A queda do cabelo devido à quimioterapia"• Prestação de cuidados à pessoa em risco ou com alopecia induzida por quimioterapia• Programa "Bela-me-quero"

ALOPÉCIA INDUZIDA POR QUIMIOTERAPIA (AIQ)



A alopecia consiste na ausência, rarefação ou queda, transitória ou definitiva, dos cabelos ou dos pelos, com expressão local, regional ou total.

(Dicionário infopédia de Termos Médicos, 2019)

A alopecia é o “transtorno caracterizado por uma diminuição na densidade do cabelo comparado ao normal para um determinado indivíduo em uma determinada idade e localização do corpo”.

(NCI, 2017 p.142)

5

O CICLO DE CABELO



- O cabelo é um apêndice do sistema tegumentar com diversas funções essenciais como a termorregulação e proteção;
- Os folículos capilares, inseridos no sistema tegumentar, são órgãos que produzem o eixo do cabelo;



O ciclo dos folículos capilares divide-se em três fases principais: a anagénes, que é a fase de crescimento ativo; a catagénes, a fase de regressão do folículo, durante a qual o epitélio da parte inferior se desintegra e a base do folículo aflora; e a telogénese, a fase de redução na atividade proliferativa da matriz do folículo. No final, na exogénese, os cabelos soltam-se e caem.

(Dunnill, C., Al-Tameemi, W., Collett, A., Haslam, I. & Georgopoulos, N., 2017)

6

ANTINEOPLÁSTICOS E OS FOLÍCULOS PILOSOS



- Os agentes antineoplásicos induzem a apoptose das células, principalmente nas células malignas por se replicarem mais rapidamente, mas também nas células saudáveis. A indução da apoptose das células dos queratinócitos pode causar alterações nos leitos ungueais e na pele, e a alopecia;

	Usually causes CIA	Occasionally causes CIA	Unlikely to cause CIA
DNA replication (S phase)	Epigenetic inhibitors: Doxorubicin, epirubicin, daunorubicin, irinotecan, topotecan, etoposide, teniposide Alkylating agents: Cyclophosphamide, ifosfamide Antimetabolites: Cytarabine, gemcitabine, 5-FU	Busulfan, melphalan, lomustine Cytarabine, gemcitabine, 5-FU	Carboplatin, procarbazine, streptozocin 6-MP, methotrexate, hydroxyurea, mitoxantrone, flutasterone, mitomycin, capecitabine, idarubicin Oxaliplatin, carboplatin
Mitosis (M phase)	Platinum-based heavy metal alkylators Anticancer antibiotics	—	Mitomycin C
	Antimitotic agents: Docetaxel, paclitaxel, vinorelbine, vincristine	Vincristine, vinorelbine	—

A gravidade da alopecia induzida por quimioterapia depende do antineoplásico utilizado, da sua dose, via de administração e da associação dos mesmos.

(Dunnill, C., Al-Tameemi, W., Collett, A., Haslam, I. & Georgopoulos, N., 2017)

7

CARACTERÍSTICAS DA AIQ



- Ocorre duas a três semanas após o início da quimioterapia, e pode ser parcial ou total, podendo afetar o couro cabeludo e os outros pelos corporais;

(McGarvey, Baum, Pinkerton & Rogers, 2001; Chon, Champion, Geddes & Rashid, 2012; Can, Yildiz & EmelEmineÖzdemir, 2017)

- A frequência e a severidade da AIQ depende da dose, do tipo e da semi-vida dos agentes antineoplásicos, do protocolo de quimioterapia, do tempo de perfusão dos fármacos e das condições do cabelo;

(Can, Yildiz & EmelEmineÖzdemir, 2017 citando Paus, 2013)

- A alopecia é temporária e reversível, ou seja, que após o final dos tratamentos que quimioterapia, cerca de 3 a 6 meses, o cabelo e os outros pelos do corpo voltam a crescer;

(Batchelor D. (2001); Dougherty, L. (2007).)

8

ESCALAS DE AIQ



- A extensão da alopecia induzida por quimioterapia pode ser classificada, de acordo com duas escalas:

CTCAE Term	Grade 1	Grade 2	Grade 3	Grade 4	Grade 5
Alopecia	Hair loss of <50% of normal for that individual that is not obvious from a distance but only on close inspection; a different hair style may be required to cover the hair loss but it does not require a wig or hair piece to camouflage	Hair loss of >50% normal for that individual that is readily apparent to others; a wig or hair piece is necessary if the patient desires to completely camouflage the hair loss; associated with psychosocial impact			

Definition: A disorder characterized by a decrease in density of hair compared to normal for a given individual at a given age and body location.

Navigation Note:

5ª versão do Common Terminology Criteria for Adverse Events (National Cancer Institute, 2017)

Modified Dean scale for quantification of chemotherapy-induced alopecia

Dean score	Percentage of hair loss
Grade 0	No hair loss
Grade 1	>0 to <25% hair loss
Grade 2	>25 to <50% hair loss
Grade 3	>50 to <75% hair loss
Grade 4	>75% hair loss

(Rubio-Gonzalez, B., Juhász, M., Fortman, J. & Mesinkovska, N. citando Dean et al, 1979)

9

IMPACTO DA AIQ



Diversos autores descrevem a CIA (Chemotherapy induced alopecia) como um efeito secundário temido e traumático para a pessoa

(Batchelor, 2001; Rosman, 2004; Lemieux, Maunsell & Provencher, 2008; Trueb, 2008; Erol, Can & Aydinler, 2013; Chon, Champion, Geddes & Rashid, 2012)

As alterações da autoimagem provocadas pela perda do cabelo podem causar ansiedade, depressão, baixa autoestima e diminuição do bem estar

(Hesketh, Batchelor & Golant et al, 2004)

A alopecia causa sofrimento emocional, problemas pessoais, sociais e profissionais, e desta forma ter um efeito negativo na qualidade de vida da pessoa

(Can, Yildiz & EmelEmineÖzdemir, 2017 citando Hunt, 2005)

A queda do cabelo, sendo visível, mostra aos outros que a pessoa está doente e está, na maioria das vezes, conectada à doença oncológica e à morte

(Hesketh, 2004; Rosman, 2004)

10

IMPACTO DA AIQ



Para a pessoa, o impacto da AIQ é muito maior do que o esperado por médicos e enfermeiros

(Mulders et al, 2008)

Os enfermeiros deverão atender a este efeito, apoiando e fornecendo orientações para a vivência deste processo com menos sofrimento, angústia e isolamento social

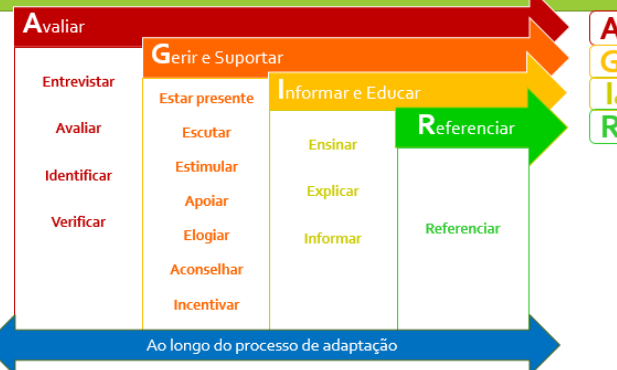
(Reis & Gradim, 2018)

É imprescindível o desenvolvimento de diagnósticos de enfermagem relacionado com esta problemática para que o enfermeiro possa identificar as intervenções necessárias, individualizadas de forma a obter ganhos em saúde para esta população

(Dougherty, 2007)

11

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM



12

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM



A

- Verificar contato no passado com o fenómeno;
- Identificar crenças do cliente relativas ao fenómeno;
- Avaliar o conhecimento do cliente sobre a queda do pelo;
- Avaliar conhecimento sobre dispositivos de adaptação;
- Avaliar conhecimento sobre maquilhagem corretiva;
- Avaliar risco de papéis comprometidos;
- Identificar problemas de relacionamento e atitudes da família;
- Identificar tipo de apoios;
- Avaliar risco de funcionamento sexual comprometido;
- Avaliar risco de autocuidado comprometido.

14

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM



A

- Verificar contato no passado com o fenómeno;
- Identificar crenças do cliente relativas ao fenómeno;
- Avaliar o conhecimento do cliente sobre a queda do pelo;
- Avaliar conhecimento sobre dispositivos de adaptação;
- Avaliar conhecimento sobre maquilhagem corretiva;
- Avaliar risco de papéis comprometidos;
- Identificar problemas de relacionamento e atitudes da família;
- Identificar tipo de apoios;
- Avaliar risco de funcionamento sexual comprometido;
- Avaliar risco de autocuidado comprometido.

14

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM



G

- Estar presente;
- Assegurar privacidade e ambiente físico efetivo;
- Escutar o cliente;
- Estimular esperança;
- Apoiar o cliente a gerir emoções;
- Elogiar o cliente;
- Aconselhar o cliente sobre corte do cabelo;
- Apoiar o cliente no processo de tomada de decisão;

15

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM



G

- Incentivar o cliente a identificar o dispositivo de adaptação adequado;
- Aconselhar o cliente sobre maquilhagem corretiva;
- Aconselhar o cliente como explicar a queda do pelo à família;
- Estimular a participação da família no processo de adaptação;
- Incentivar o cliente ao autocuidado;
- Incentivar o cliente a manter o papel familiar, social e profissional.

16

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM



I

- Explicar ao cliente a importância da quimioterapia;
- Explicar ao cliente as características da queda do pelo;
- Informar o cliente do efeito transitório e reversível da queda do pelo;
- Ensinar o cliente sobre o autocuidado com a pele e couro cabeludo;
- Explicar ao cliente as características do crescimento do pelo;
- Ensinar ao cliente sobre o autocuidado com o pelo no período de crescimento;

17

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM



I

- Informar o cliente sobre o risco de mucosas comprometidas;
- Informar o cliente sobre os dispositivos de adaptação;
- Informar o cliente sobre a maquilhagem corretiva;
- Informar o cliente sobre os recursos da estrutura social;
- Dar informação escrita sobre o fenómeno.

18

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM



R

- Referenciar o cliente para institutos de cuidados estéticos;
- Referenciar o cliente para grupos de apoio e associações voluntárias;
- Referenciar o cliente para profissionais especializados;
- Referenciar o cliente para sistemas de apoio social e financeiro.

19

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM



A

Avaliação

G

Gestão e Suporte

I_e

Informação e Educação

R

Referenciação

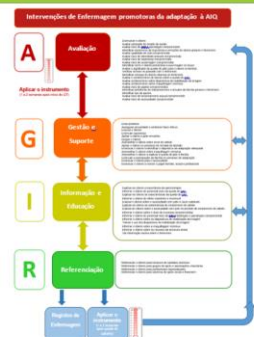
Proposta de Procedimento Setorial

Programa "Bela-me-quero"

20

A intervenção do enfermeiro na promoção da adaptação à alopecia induzida por quimioterapia

ALGORITMO DE ATUAÇÃO



21

PROPOSTA DE PROCEDIMENTO SECTORIAL

Destinatários: enfermeiros que prestem cuidados de enfermagem a doentes hematológico-oncológicos em risco ou com alopecia induzida por quimioterapia.

Objetivo: uniformizar a prática de cuidados de enfermagem ao doente hematológico-oncológico submetido a quimioterapia, de forma a promover a adaptação à alopecia induzida por esta modalidade terapêutica.

ÁREA ONCOLÓGICA	ÁREA HEMATO-ONCOLÓGICA
Unidade de Trabalho	Unidade de Trabalho
TÍTULO DO TÓPICO	TÍTULO DO TÓPICO
PROPOSTA DE ADAPTAÇÃO À ALOPECIA INDUZIDA POR QUIMIOTERAPIA	PROPOSTA DE ADAPTAÇÃO À ALOPECIA INDUZIDA POR QUIMIOTERAPIA
COD. 0000	COD. 0000

RESPONSABILIDADES
Enfermeiro responsável pelo projeto.

DESTINATÁRIOS
Enfermeiros que prestem cuidados de enfermagem a doentes hematológico-oncológicos em risco ou com alopecia induzida por quimioterapia.

OBJETIVO
Uniformizar a prática de cuidados de enfermagem ao doente hematológico-oncológico submetido a quimioterapia, de forma a promover a adaptação à alopecia induzida por esta modalidade terapêutica.

DESCRIÇÃO
PRINCÍPIOS ORIENTADORES
Este Projeto é um instrumento de apoio ao trabalho, a mobilidade das competências profissionais tem sido um dos pontos de partida para a construção deste projeto. O objetivo principal é a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes hematológico-oncológicos submetidos a quimioterapia, de forma a promover a adaptação à alopecia induzida por esta modalidade terapêutica.

ÁREA ONCOLÓGICA	ÁREA HEMATO-ONCOLÓGICA
Unidade de Trabalho	Unidade de Trabalho
TÍTULO DO TÓPICO	TÍTULO DO TÓPICO
PROPOSTA DE ADAPTAÇÃO À ALOPECIA INDUZIDA POR QUIMIOTERAPIA	PROPOSTA DE ADAPTAÇÃO À ALOPECIA INDUZIDA POR QUIMIOTERAPIA
COD. 0000	COD. 0000

AValiação de resultados
Os resultados obtidos serão analisados pelo responsável pelo projeto, com base nos seguintes indicadores:

Indicadores de Estrutura
• Elaboração e atualização do Guia Orientador de Boas Práticas
• Promoção da Adaptação à Alopecia induzida por Quimioterapia
• Elaboração e atualização do instrumento de avaliação
• Monitorização do Impacto da Alopecia induzida por Quimioterapia
• Elaboração e atualização do guia informativo "Bela-me-queiro"

Indicadores de Processo
• Nº de pessoas com avaliação
• Nº de pessoas internadas em risco ou com alopecia

Indicadores de Resultado
• Nº de pessoas com diminuição da intensidade da alopecia induzida por quimioterapia
• Nº de pessoas com avaliação



22

PROPOSTA DE PROCEDIMENTO SECTORIAL



23

PROPOSTA DE PROCEDIMENTO SECTORIAL



24

TERMOMETRO DE AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA ALOPECIA

Qual o grau de impacto que a alopecia (queda do cabelo) tem para si?

Assinale o número que melhor quantifica a intensidade das suas preocupações/problemas perante a ocorrência da alopecia (queda do cabelo), em que zero (0) corresponde à ausência de preocupações/problemas e dez (10) corresponde ao seu nível máximo.

Em seguida, indique quais das seguintes questões são um problema/ preocupação para si devido à alopecia:

Problemas Físicos:

- ☐ Dor no couro cabeludo
- ☐ Prurido (coceira)
- ☐ Ardor ou sensação de queimadura
- ☐ Outros: _____

Problemas de Interdependência:

- ☐ O olhar dos outros
- ☐ Capacidade para lidar sobre a alopecia
- ☐ Relação com o(a) companheiro(a)
- ☐ Relação com os filhos
- ☐ Relação com os amigos

Problemas de Papel:

- ☐ Mostrar que está doente
- ☐ Interferência na atividade profissional
- ☐ Outros: _____

Problemas de Autoconceito:

- ☐ Sentir-se diferente dos outros
- ☐ Desconforto quando se vê ao espelho
- ☐ Alteração da auto-imagem
- ☐ Irritação/Revolta
- ☐ Ansiedade
- ☐ Tristeza
- ☐ Solidão
- ☐ Sensação de perda
- ☐ Falta de confiança no futuro
- ☐ Alteração da auto-estima
- ☐ Conhecimentos sobre como lidar com a queda do cabelo

Queremos ajudá-lo(a) a viver esta fase da melhor forma para si.

Usar quer quer o cabelo? ☐ Não ☐ Sim

Quem decide que tipo de penteado usar neste momento? ☐ Por favor: 1º corte _____ 2º corte _____

Que outros aspetos serão importantes neste momento? _____

Instrumento de avaliação

2 semanas após início de quimioterapia
+
2 semanas após queda do cabelo

Objetivo:
redução de, pelo menos, 2 níveis

Avaliação dos resultados

Responsável do projeto

Indicadores

Indicadores de Estrutura

Elaboração e atualização de:
• Instrumento de avaliação "Termómetro do Impacto da Alopecia induzida por Quimioterapia";
• Procedimento Sectorial
• Guia informativo "Bela-me-queiro";

Indicador de Processo

$\frac{\text{Nº de pessoas com avaliação}}{\text{Nº de pessoas internadas em risco ou com alopecia}} \times 100$

Indicador de Resultado

$\frac{\text{Nº de pessoas com diminuição da intensidade da alopecia induzida por quimioterapia}}{\text{Nº de pessoas com avaliação}} \times 100$

O diagrama apresenta o Programa "Bela-me-Quero" da ESEL. No topo, o logótipo da ESEL (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa) e o logótipo do programa "Bela-me-quero" (uma mulher a cuidar de si mesma) são exibidos. O título "PROGRAMA 'BELA-ME-QUERO'" está no topo central. Abaixo dele, há uma barra verde com o texto "Programa de intervenção de enfermagem para a melhoria dos cuidados e promoção da saúde das pessoas com alopecia induzida por quimioterapia".

PROGRAMA "BELA-ME-QUERO"


Programa de intervenção de enfermagem para a melhoria dos cuidados e promoção da saúde das pessoas com alopecia induzida por quimioterapia

O diagrama é dividido em duas partes principais:

- Objetivos do Programa:** Representado por uma barra verde horizontal com o texto "Objetivos do Programa". Abaixo dela, há três caixas brancas com bordas arredondadas:
 - Personalização do corte do cabelo
 - Sessões Educativas
 - Formação à equipa
- Resultados Sensíveis:** Representado por uma barra verde horizontal com o texto "Resultados Sensíveis". Abaixo dela, há uma caixa verde com o texto "Promover a adaptação à alopecia induzida por quimioterapia".


À direita, há um diagrama circular com o texto "Resultados Sensíveis" no centro. Ao redor dele, há seis círculos verdes com o seguinte conteúdo:

- Satisfação das pessoas
- Promoção da saúde
- Prevenção de complicações
- O bem estar e o autocuidado das pessoas
- Readaptação funcional
- Organização dos serviços de Enfermagem



ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

PROGRAMA “BELA-ME-QUERO”



Bela-me-queró

Personalização do corte do cabelo

☐ Outros: _____

Problemas de interdependência:

☐ O olhar dos outros

☐ Capacidade para falar sobre a alopecia

☐ Relação com a família

☐ Relação com o(a) companheiro (a)

☐ Relação com os filhos

☐ Relação com os amigos

Problemas de Papel:

☐ Mostrar que está doente

☐ Interferência na atividade profissional

☐ Outros: _____

☐ Irritação/ Revolta

☐ Ansiedade

☐ Tristeza

☐ Solidão

☐ Sensação de perda

☐ Falta de confiança no futuro

☐ Alteração da auto-estima

☐ Conhecimentos sobre como lidar com a queda do cabelo

Queremos ajuda-la(o) a vivenciar esta fase da melhor forma para si.

Vai querer cortar o cabelo? ☐ Não ☐ Sim ☐ Por fases: 1ª corte: ____/____/____ 2ª corte: ____/____/____

Quem deseja que esteja presente nesses momentos? _____

Que outros aspetos serão importantes nesse momento? _____

© com base no "Chemotherapy-related Alopecia Distress Scale" de Choi, J., Choi, E., Kim, I., Kim, Y., Park, Y., Lee, S., Lee, J., Yang, J., Nam, S. (2013), no Body Image Scale de Miravet, M. & Casanovi, M. (2010), e no Distress Thermometer da National Comprehensive Cancer Network (2010).



PROGRAMA “BELA-ME-QUERO”






CONVITE

Venha participar na sessão de esclarecimento
**“ADAPTAÇÃO À ALOPECIA
 INDUZIDA POR QUIMIOTERAPIA”**
 Dia 5 de Fevereiro, às 14h no refeitório do serviço.

Programa



Serão abordadas questões relativas a:

- Análise (tipo de cabelo);
- Causas e/ou na relação à alopecia;
- Recursos/Dispositivos de adaptação;
- Maquilhagem corretiva.



Sessões Educativas

Periódicas

Momentos de aprendizagem

Grupos de partilha/ apoio

O que é a alopecia

Quando ocorre

Porque ocorre

Cuidados a ter


Antes

Durante

O crescimento do cabelo

Dispositivos de adaptação

Maquilhagem corretiva




ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

PROGRAMA “BELA-ME-QUERO”



Sessões Educativas







ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

PROGRAMA "BELA-ME-QUERO"

O QUE PODERÁ FAZER?

ANTES DA QUEDA:

- Pense na melhor alternativa para si! Existem diversos recursos que podem ajudar a ocultar a queda do cabelo: próteses, lenços, turbantes, chapéus e gorros.
- Adopte estes recursos antes da queda do cabelo, poderá optar por algo semelhante ao seu visual habitual ou escolher um visual diferente.
- Pense na alternativa de cortar o cabelo mais curto inicialmente para se adaptar à alteração da sua imagem e para minimizar o desconforto de assistir a uma queda significativa do cabelo.
- Converse com os seus familiares sobre a queda do cabelo e as possíveis alterações da sua imagem corporal.

DURANTE A QUEDA:

- Utilize o recurso que melhor se adapta a si.
- Proteja o couro cabeludo e outras áreas de perda de cabelo contra o sol e o frio, utilizando protetor solar e turbantes ou gorros.
- Mantenha o couro cabeludo hidratado com produtos neutros adequados e aplique um creme amaciador.
- Utilize maquilhagem corretiva, tal como lápis definidor de sobrancelhas, base para impetunhações, ou outros produtos de maquilhagem, à base de minerais.
- Os olhos e as narinas podem estar por falta dos olhos (queixo) hidratados com creme hidratante e lábios hidratados de noite.

QUANDO O CABELO VOLTAR A CRESCER:

- Faça a lavagem diária do cabelo.
- Use champô rico em proteínas e com pH neutro.
- Lave o cabelo com água morna.
- Deixe o cabelo secar ao natural, evitando o uso de secadores ou placas de aquecimento.
- Use um pente de dentes largos ou uma escova de cerdas macias.
- Não se pente excessivamente.
- Evite usar elásticos, miolos, tintas ou outros acessórios agressivos.
- Evite o uso de lacas, gel de fixação, tintas de coloração (ou se preferir, use tintas sem amoníaco) e à base de produtos naturais ou outros produtos agressivos para o cabelo.

A alopecia é um efeito temporário.
Cerca de 6 a 8 semanas após o último tratamento, o cabelo voltará a crescer, de forma gradual.
Poderá crescer com uma textura e cor diferente da anterior.

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

PROGRAMA "BELA-ME-QUERO"

DISPOSITIVOS DE ADAPTAÇÃO

Utilize o recurso que melhor se adapta a si.

Turbantes Próteses capilares Lenços

Chapéus Gorros

DISPOSITIVOS DE ADAPTAÇÃO

Próteses capilares

Sintéticas ou Naturais

Preços variados

Cópiadas a ter com a sua manutenção

Local onde adquirir: Receita de queda térmica

APOIO SOCIAL E FINANCEIRO

Pode solicitar ao seu médico assistente a prescrição de uma prótese capilar (considerando uma queda térmica).

Os subsistemas de saúde (SNS, SAUS, ADS) devem participar em bens de valor da prótese capilar, apresentando a receita médica e a fatura da prótese.

O Sistema Nacional de Saúde não compartilha a aquisição das próteses, contudo o seu valor pode ser deduzível no IRS como despesa de saúde.

Outras instituições (LPU, APUC, etc.) poderão ajudar aqui.

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

PROGRAMA "BELA-ME-QUERO"

DISPOSITIVOS DE ADAPTAÇÃO

Lenços

Tipo de material (preferir o algodão)

Preços variados

Cores e padrões

MAQUILHAGEM CORRETIVA

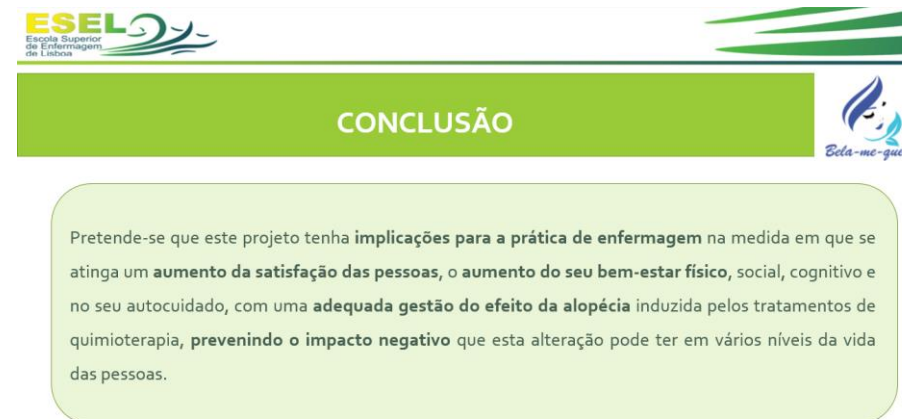
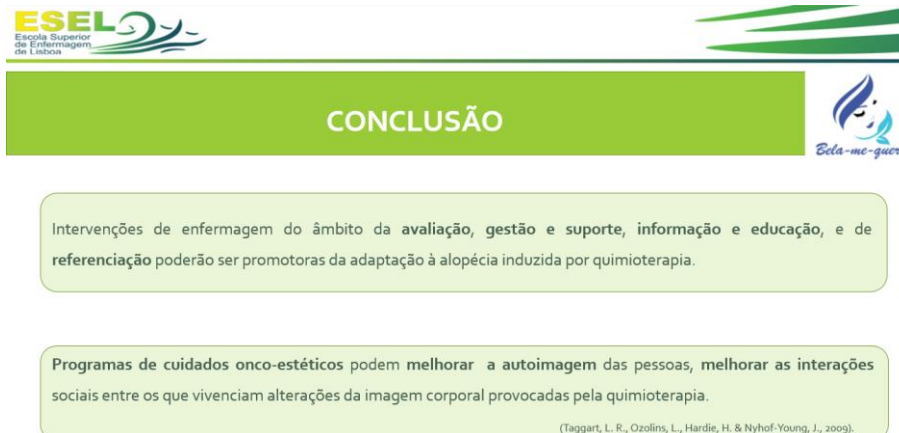
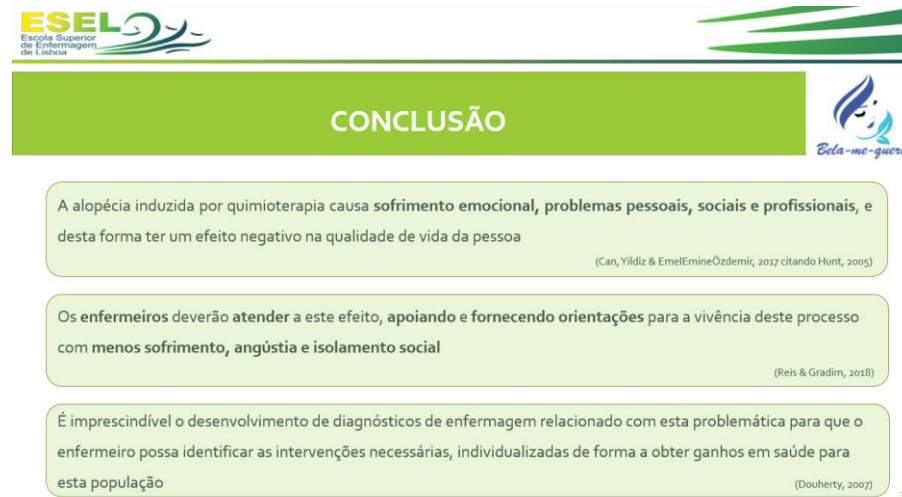
Sessão prática

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

PROGRAMA "BELA-ME-QUERO"

Sessão Educativa realizada a 05/02/2019





Grata pela
vossa presença

A intervenção do enfermeiro na
promoção da adaptação à alopecia
induzida por quimioterapia.

37

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



- Frith, H., Harcourt, D., & Fussell, A. (2007). Anticipating an altered appearance: women undergoing chemotherapy treatment for breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 11 (5), 385–391. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=trh&AN=105987811&site=ehost-ill>
- Hesketh, P., Batchelor, D., Mitchell, G., Lyman, G.H., Rhodes, N. & Yardley, D. (2004). Chemotherapy-induced alopecia: psychosocial impact and therapeutic approaches. *Supportive Care in Cancer* 12, 543–549.
- Lemieux, J., Maunsell, E. & Provencher, L. (2008). Chemotherapy-induced alopecia and effects on quality of life among women with breast cancer: a literature review. *Psycho-Oncology*, 17, 317–328.
- McGarvey, E. L., Leon-Verdin, M., Baum, L. D., Bloomfield, K., Brenin, D. R., Koopman, C., Acton, S., Clark, B., ... Parker, B. E. (2010). An evaluation of a computer-imaging program to prepare women for chemotherapy-related alopecia. *Psycho-oncology*, 19(7), 756–66.
- National Cancer Institute (2012). *Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) Version 5.0*. USA: Department of Health and Human Service.
- Nolte, S., Donnelly, J., Kelly, S., Conley, P. & Cobb, R. (2006). A randomized clinical trial of a videotape intervention for women with chemotherapy-induced alopecia: a gynecologic oncology group study. *Oncology Nursing Forum*, 33(2), 305–311. <https://doi.org/10.1188/06.ONF.305.311>
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Reis, A. & Gradin, C. (2018). A alopecia no câncer da mama. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 12(2), 447–455.
- Roe, H. (2011). Chemotherapy-induced alopecia: advice and support for hair loss. *British Journal of Nursing*. 20(10)
- Rosman, S. (2004). Cancer and stigma: experience of patients with chemotherapy-induced alopecia. *Patient Educ Couns*, 52, 333–339.
- Rubio-Gonzalez, B., Juhász, M., Fortman, J. & Mesinkovska, N. (2018). Pathogenesis and treatment options for chemotherapy-induced alopecia: a systematic review. *International Journal of Dermatology*. DOI: 10.1111/ijd.13906
- Taggart, L. R., Ozolins, L., Hardie, H. & Nyhof-Young, J. (2005). Look good feel better workshops: a "big lift" for women with cancer. *Journal of Cancer Education*, 24(2), 94–99. <https://doi.org/10.1080/08858190802664594>
- Trueb, R. (2009). Chemotherapy induced alopecia. *Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery*, 28, 11–14.
- Zannini, L., Verderame, F., Cucciaro, G., Zinna, B., Alba, A., & Ferrara, M. (2012). "My wig has been my journey's companion": perceived effects of an aesthetic care programme for Italian women suffering from chemotherapy-induced alopecia. *European Journal of Cancer Care*, 21(5), 650–660. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2154.2012.03337.x>

39

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



- Amiel, P., Dauchy, S., Bodin, J., Cerf, C., Zenasni, F., Pezant, E., Teller, A.M., André, F. & DiPalma, M. (2009). Evaluating beauty care provided by the hospital to women suffering from breast cancer: qualitative aspects. *Supportive Care in Cancer* 17, 839–845.
- Anakom, C., Putri, A. & Pohar, L. (2018). Solution-focused brief therapy approach intervention for increasing self-esteem of young adult women with cancer who experience chemotherapy-induced alopecia. In Ariyanto et al. (Eds) *Diversity in Unity: Perspectives from Psychology and Behavioral Sciences* (73–82). Londres: Taylor & Francis Group ISBN 978-1-138-62665-2
- Batchelor, D. (2001). Hair and cancer chemotherapy: consequences and nursing care – a literature study. *European Journal of Cancer Care* 10, 147–163.
- Borsellino, M. & Young, M. (2010). Anticipatory Coping: Taking Control of Hair Loss. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 15 (3), 311–315.
- Can, G., Yildiz, M. & EmelEmineÖzdemir, R. (2017). Supportive care for chemotherapy induced alopecia: challenges and solutions. *Clin Res Infect Dis* 4(1), 1048.
- Cho, J., Choi, E., Kim, I., Im, Y., Park, Y., Lee, S., Lee, J., Yang, J. & Nam, S. (2013). Development and validation of Chemotherapy-induced Alopecia Distress Scale (CADS) for breast cancer patients. *Annals of Oncology*, 25(2), 346–351.
- Choi, E. K., Kim, I., Chang, O., Kang, D., Nam, S., Lee, J. E. & Cho, J. (2014). Impact of chemotherapy-induced alopecia distress on body image, psychosocial well-being, and depression in breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 23(10), 1103–1110. <http://dx.doi.org/10.1007/s12220-013-9331-3>
- Chon, S., Champion, R., Geddes, E. & Rashid, R. (2012). Chemotherapy-induced alopecia. *J Am Acad Dermatol*. 67 (1), 37–47.
- Dicionário infopédia de Termos Médicos [em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2019. [consult. 2019-01-26 22:02:26]. Disponível na Internet: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos/alopecia>
- Direcção Geral de Saúde (2017). *Programa Nacional para as Doenças Oncológicas*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/serie-880762.pdf.aspx?v=11746b14-73e6-4b34-a8e8-d22502108547>
- Dougherty, L. (2007). Using nursing diagnoses in prevention and management of chemotherapy-induced alopecia in the cancer patient. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. 18(4), 142–149.
- Dunnill, C., Al-Tameemi, W., Collett, A., Haslam, I. & Georgopoulos, N. (2017). A clinical and biological guide for understanding chemotherapy induced alopecia and its prevention. *The Oncologist*, 22, 1–13.
- Erol, O., Can, G. & Aydinler, A. (2011). The effects of alopecia on body image and quality of life of Turkish cancer women with/without headscarves. *Supportive Cancer Care*, 20 (10), 2349–56.

38

